若年者の自殺対策のあり方に関する報告書

Working Group

科学的根拠に基づく自殺予防総合対策推進コンソーシアム準備会
若年者の自殺対策のあり方に関するワーキンググループ

平成27年3月

目　次

はじめに…… 3

第１章　総論的な危険因子／保護因子

1. 発達段階と自殺行動 …… 5
2. 国内外のエビデンス
   1）児童青年期の自殺の心理学的剖検の系統的なレビュー …… 17
   2）未遂者の横断調査による知見 …… 27
   3）未遂者の前方視的な追跡調査による知見 …… 37

第２章　各論　～精神障害との関連～

1. 気分障害 …… 47
2. 若年境界性パーソナリティ障害の自殺 …… 53
3. 統合失調症 …… 61
4. 若年自閉スペクトラムの自殺 …… 67

第３章　総論　～若年者の危機と保護的要因～

1. 心理学の立場からみた理論的検討 …… 77
2. 思春期学・公衆衛生の立場から …… 89
3. 社会学から見た若年自殺の背景 …… 105

第４章　各論　～多様な領域からの若年者への支援～

1. 学校における自殺予防 …… 117
2. 地域での自殺の予防啓発の展開 …… 137
3. インターネットを活用した支援とは …… 149

第５章　若年者の「自殺予防」に向けての提言 …… 159

おわりに－今後の課題…… 167

はじめに

東海大学医学部専門診療学系精神科学
教授　**松本英夫**

本邦における若年者の自殺による死亡数自体は著しく多いわけではないものの，15歳から39歳の年代層では死因の第一位が自殺となっており，20歳以上の自殺死亡率が近年，減少しているのに対して，20歳未満では減少することなく横ばいで推移している。周知のように本邦における自殺死亡率は先進国中で上位に位置しており，その実態は若年者においても同様である。特に小中高生の年代における自殺は家族や学校だけでなく社会全体に与える衝撃や負の影響が大きいため，その実数の多寡だけで議論できないという年代特有の側面を持っている。しかし今まで若年者の自殺の実態や対策について科学的な観点から多角的に検討した研究はほとんどなされてこなかったと言ってよい。

自殺総合対策大綱（平成24年8月28日閣議決定）を踏まえ，自殺予防総合対策センターが中心となって「科学的根拠に基づく自殺予防総合対策推進コンソーシアム準備会」が平成24年度に立ち上げられた。本報告書は，同コンソーシアム準備会の委員会のもとに設置された「若年者の自殺対策のあり方に関するワーキンググループ」によるものである。なお，本報告書における「若年者」の定義は，各章の執筆者ごとに微妙に異なっている。たとえば，18歳未満，あるいは未成年者を念頭に置いて執筆された章もあれば，30歳未満の者を念頭に置いて執筆された章もある。また，若年者を意味する用語も，「子ども」，「児童・生徒」，「若者」などと様々である。本報告書では，そもそも若年者の定義は曖昧であることから，あえてその年齢を厳密に定義せずに，これまでの中高年者中心の自殺対策のなかで，これまであまり焦点があてられてこなかった，ざっくりとした意味での「若年者」を対象にした報告書であることをご理解いただきたい。

さて，本ワーキンググループは平成25年度には2つの班に分かれて別々にワーキング準備会を開催したが，事務局の提案で平成26年度は2班合同で計3回にわたり開催した。報告書では各ワーキンググループ員が各々の担当分野を執筆しているが，合同で開催された準備会での活発な議論の内容を反映させた上で最終的に仕上げたものである。

ところで，先に述べた2つの班とは「危機介入班（医療）」と「予防・啓発・地域づくり班」である。まず，危機介入班のメンバーは児童青年期を専門にする精神科医で構成されており，若年者の自殺を主に精神医学的な観点から検討している。前半は，若年者の自殺に関する総論として国内外のエビデンスを詳細に紹介し，後半では，各論として自殺に関連する精神障害のなかで特に頻度の高いものを取り上げ，本ワーキンググループのメンバー自身が行った研究の成果も交えながら詳細に論じている。一方，予防・啓発・地域づくり班は，教育学，社会学，心理学，公衆衛生学などの専門家から構成され，若年者の自殺の予防，啓発，介入のあり方に関してそれぞれ多彩な視点から論じている。前半は総論として若年者の危機と保護的要因が論じられ，後半は各論として多様な領域からの若年者への支援が論じられている。そしてワーキンググループの報告を踏まえて，事務局が中心になって最後に，若年者の「自殺予防」への提言を行っている。

本ワーキンググループは，若年者の自殺について学際的に論じた本邦初の試みであり，本報告書は，若年者の自殺に関して現在までにわかっていることを整理したものである。もちろん，その内容はいまだに完成版とはいえる水準には達していないが，わが国における若年者の自殺に関

する現状と課題を学際的に明らかにした最初の報告書として意義あるものと信じている。

本報告書が，地域の様々な領域で若年者の自殺対策に尽力されている方々にとって，今後の活動のヒントになるとともに，今後，この領域に関する研究の発展に資する，いわば叩き台となることを願っている。多くの方にご一読をいただきたいと祈念する次第である。

第1章　総論的な危険因子／保護因子

1．発達段階と自殺行動

北海道大学大学院医学研究科児童思春期精神医学講座
特任教授　**齊藤　卓弥**

自殺は，児童青年期の死因として最も頻度が高いものであり，特に青年期に急速に頻度が増える傾向がみられる。警察庁の統計では，高校生以降急速にその数が増加しており，発達的な関与が強く疑われる。また，従来自殺を発達の視点から連続的に論じることはあまりなかった。児童青年期においては，認知，社会性，気分・情緒，生物学的，脳形態，脳機能のすべての領域に急速な変化が起きることは報告されている。また幼児期の体験から生涯を通してのライフサイクルを通じてのリスク要因を考慮していくことが必要である。近年自殺行動におよぼす発達段階の影響が明らかになってきており，自殺の理解・予防に関して発達的な視点，特に生物学的な視点を取り入れた児童青年期の自殺対策が必要なことが明らかになってきている。社会学的発達・環境と生物学的発達の相互作用によって引き起こされる脳の発達への影響が，脳の成熟の完成期にあたる思春期以降の自殺行動と増加と自殺に関わるさまざまな要因の青年期前期と後期の違いを生み出しているものと推定される。

最近，発達段階が自殺行動におよぼす影響は非常にダイナミックな背景を持っていることが研究で明らかになってきている。従来の社会学的な研究に加えて，遺伝的な研究，脳の生物学的な研究，脳画像研究が，児童青年期の自殺行動を心理社会的および生物学的な視点を含めた発達的な理解を深めることが，今後自殺予防に重要となっていると思われる。

Ⅰ．はじめに

自殺は，児童青年期の死因として最も頻度が高いものであり，特に青年期に急速に頻度が増える傾向がみられる。警察庁の統計では，高校生以降急速にその数が増加している[17]（表1）。また，早期児童青年期と後期児童青年期の比較では，早期青年期群では，後期青年期群[1]と比較して縊

表 1．児童青年期の自殺

	学生・生徒						学生・生徒等計
	未就学児童	小学生	中学生	高校生	大学生	専修学校等	
全体	0	8	98	214	469	129	918
比率	0.00%	0.03%	0.36%	0.78%	1.72%	0.47%	3.36%
男性	0	4	59	150	362	92	667
女性	0	4	39	64	107	37	251

死の頻度が高く（93% vs 35%），希死念慮が少なく（7% vs 39%），先行する出来事が明確でなかった（29% vs 49%）。後期青年期では，精神科疾患の頻度が高かった（77% vs 43%）。早期児童青年期群では，後期児童青年期群に比べて明確なリスク要因に暴露されていないことが特徴であったり，自殺に関わる原因にも差異が認められ，自殺を理解する上で発達段階が重要であることが示唆されている[2) 8)]。しかし，従来自殺を発達の視点から連続的に論じることはあまりなかった。児童青年期においては，認知，社会性，気分・情緒，生物学的，脳形態，脳機能のすべての領域に急速な変化が起きることは報告されている。また幼児期の体験から生涯を通してのライフサイクルを通じてのリスク要因を考慮していくことが必要である。

発達段階と自殺行動に関して，本稿では，発達段階が自殺へ与える影響とその背後にある要因に関しての最新の知見について社会的な発達および生物学的な発達の視点から論じる。

Ⅱ．児童青年期の社会的発達と自殺行動

児童青年期において発達とは，多方面からの行動の再構成と一連の複雑化分化として理解できる[5)]。発達は，児童青年期においては，特定の領域で起こるのではなく，生物学的，情緒的，認知的，行動的，社会的など多方面で，一つの段階から次の段階へと連続的に達成されることでより複雑な個体として成長していく。その際に，生物学的な変化が情緒面に影響を与え，さらに情緒的な変化が認知に影響を与え，さらに認知が行動の変化に影響を与えるなど非常にダイナミックな変化が起きていると考えることができる。

児童青年期における発達を考える上でいくつかの視点が重要となる。まず，児童青年期の発達が進行する背景となる社会的な状況が，発達そのものに重要な影響を及ぼすことである。家族，家庭環境，友人関係，学校，仕事が発達に重要な影響を与え，これらの要因が自殺のリスク因子にも関与している。具体的には，虐待の既往や家族の精神病理が自殺のリスク要因として挙げられており，生物学的な脆弱性に加えて社会的な要因が自殺行動に重要な影響を与えることが報告されている。社会的な状況は，ネガティブな影響のみならず良好な家庭環境は自殺の保護要因にもなるなど両方向性に働くことが報告されている。特に，社会的要因は，児童青年期前期と後期では自殺行動へ与える影響が異なる。児童青年期においては生物学的脆弱性と相互的に関わり将来の自殺のリスク要因となる傾向が強いが，児童青年期後期では社会的状況が直接的な自殺のリスク因子となることが多くなり，思春期以降社会との関わりが拡大するにより多くのリスク因子に暴露されることが思春期以降の自殺の増加の要因とも考えられている（表2）。また社会的な要因は，複数の自殺へのリスク要因を引き起こすことが知られ，例えば愛着の問題は，不安，抑うつ，攻撃性といった複数の自殺のリスク因子の形成に関わり，さらにこれらの社会的な状況が持続することで直接的なリスク要因にもなることが発達と自殺行動の関係をより複雑で多様なものとしている（図1）。さらに，社会的な要因と生物学的な要因との結果引き起こされる自殺未遂が，共通の自殺の予備段階としての最終経路として存在することが多い（図2）。自殺行動と発達を考えるときにこの多様性と，自殺への共通の経路の両方を考慮することが必要である。発達視点から，自殺は多様な因子が関わった最終結果としてとらえることが重要であると考えられる。

また，発達における自我の発達と自殺行動は多くは述べられてこなかったが，自我の発達がpreconformistの段階にあるか，conforormistの段階が重要である。preconformistの段階で

表２．ライフイベント自殺群とコントロール群の比較

N=123	自殺郡（n=67）		コントロール郡（n=56）		オッズ比	p値
ライフイベント	n	%	n	%		
0-4歳	（n＝67）		（n＝56）			
親子間における折檻、ネグレクト、圧力	33	49.25	8	14.29	5.824	0.000
性的虐待、身体的・精神的暴力	11	16.42	1	1.79	10.804	0.006
5-9歳	（n＝67）		（n＝56）			
親子間における折檻、ネグレクト、圧力	40	59.70	10	17.86	6.815	0.000
性的虐待、身体的・精神的暴力	13	19.40	1	1.79	13.241	0.002
学業における困難	27	40.30	7	12.5	4.725	0.001
対人関係における困難	18	26.87	5	8.93	3.747	0.011
ネガティブな体験	11	16.42	2	3.57	5.304	0.021
10-14歳	（n＝67）[a]		（n＝56）			
親子間における折檻、ネグレクト、圧力	52	77.61	19	33.93	6.751	0.000
性的虐待、身体的・精神的暴力	12	17.91	1	1.79	12.000	0.004
精神衛生面での問題	25	37.31	5	8.93	6.071	0.000
学業における困難	41	61.19	10	17.86	7.254	0.000
対人関係における困難	20	29.85	8	14.29	2.533	0.040
法的な困難	9	13.43	1	1.79	8.534	0.019
15-19歳	（n＝63）[b]		（n＝53）			
親子間における折檻、ネグレクト、圧力	48	76.19	19	35.85	4.920	0.000
性的虐待、身体的・精神的暴力	10	15.87	1	1.89	9.649	0.011
精神衛生面での問題	45	71.43	12	22.64	7.500	0.000
学業における困難	42	66.67	6	11.32	14.000	0.000
職務における困難	25	39.68	2	3.77	16.071	0.000
対人関係における困難	24	38.10	3	5.66	9.860	0.000
金銭的損失	16	25.40	2	3.77	8.471	0.002
法的な困難	15	23.81	1	1.89	15.865	0.001
20-24歳	（n＝43）[c]		（n＝33）			
親子間における折檻、ネグレクト、圧力	26	60.47	9	27.27	3.312	0.005
配偶者との関係性における困難	31	72.09	10	30.30	3.961	0.001
精神衛生面での問題	38	88.37	7	21.21	9.172	0.000
職務における困難	28	65.12	3	9.09	12.684	0.000
対人関係における困難	24	55.81	3	9.09	9.860	0.000
金銭的損失	22	51.16	4	12.12	6.356	0.001
法的な困難	14	32.56	3	9.09	4.667	0.013

a　この年齢グループでは４名が13-14歳の間に自殺
b　この年齢グループでは20名が15-19歳の間に自殺
c　この年齢グループでは30名が自殺
d　この年齢グループに関する特記すべき情報はなし

Journal of Psychiatric Research 45 (2011) 863-870

は，他者の視点を受け入れることができず，生活上の困難を他者に避難することが多い，一方，Conforormistの段階では，より深く自己の評価行うことができ，より自責的になり，さらに抑うつ，自殺行動へ移行することがある。さらに，一貫した自己感を持てたものは，発達の過程で一貫した自己感を持てたものは自殺行動が少ないと，この発達期の一貫性が児童青年期の自殺に大きな影響を与えると報告している[4)]。

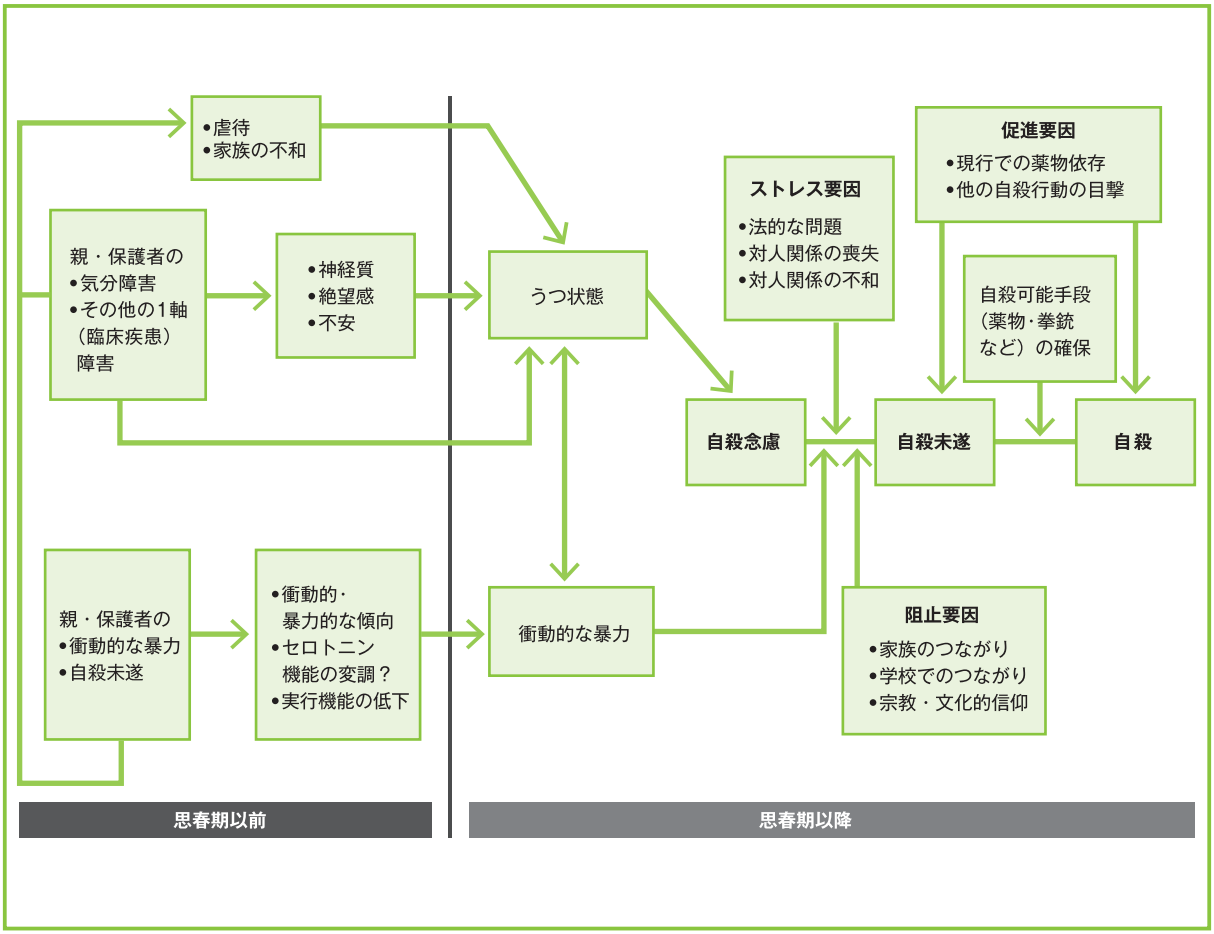


図 1. 児童青年期の自殺行動における成長相互互換モデル

自己の概念の発達と自殺行動：他者と比較した自己の有効性は思春期になると特に重要になる。特に，容貌，身体的能力，他者からの好感度などが重要となっていく。思春期における多様な面性の移行は，従来自己が重要と考えていた概念がもはや十分ではないことを気づかせる一方で，今ここでの自分自身は十分なものと感じられない。これらの思春期の自己概念の変化とともに，気分障害の増加と一致することが自殺のリスクを著しく引き上げることになる。

死の概念の変容：死の概念の変化は，児童青年期の自殺を発達面から考える上で重要である。6-9歳の子どもは死を可逆的と考える傾向があるが，10-11歳の子どもは死をもはや可逆的なものと考えず避けられないものの一つとして考えるようになる[13)]。さらに思春期・青年期になると死をより具体的に個人的な体験としてとらえるようになる[18)]。一方で，思春期・青年期でも，死について他者に起きても自分には起きないことがないことと考える傾向があることも報告されている[6)]。また，10歳未満では，多くの子どもたちが自殺の原因を推測できなかったが，11歳以上ではうつ病やアルコールの影響など情緒的な問題とアルコールを結びつけることができ，成熟ともの自殺に関する概念が発達していくことが示唆される[3)]。（図2）

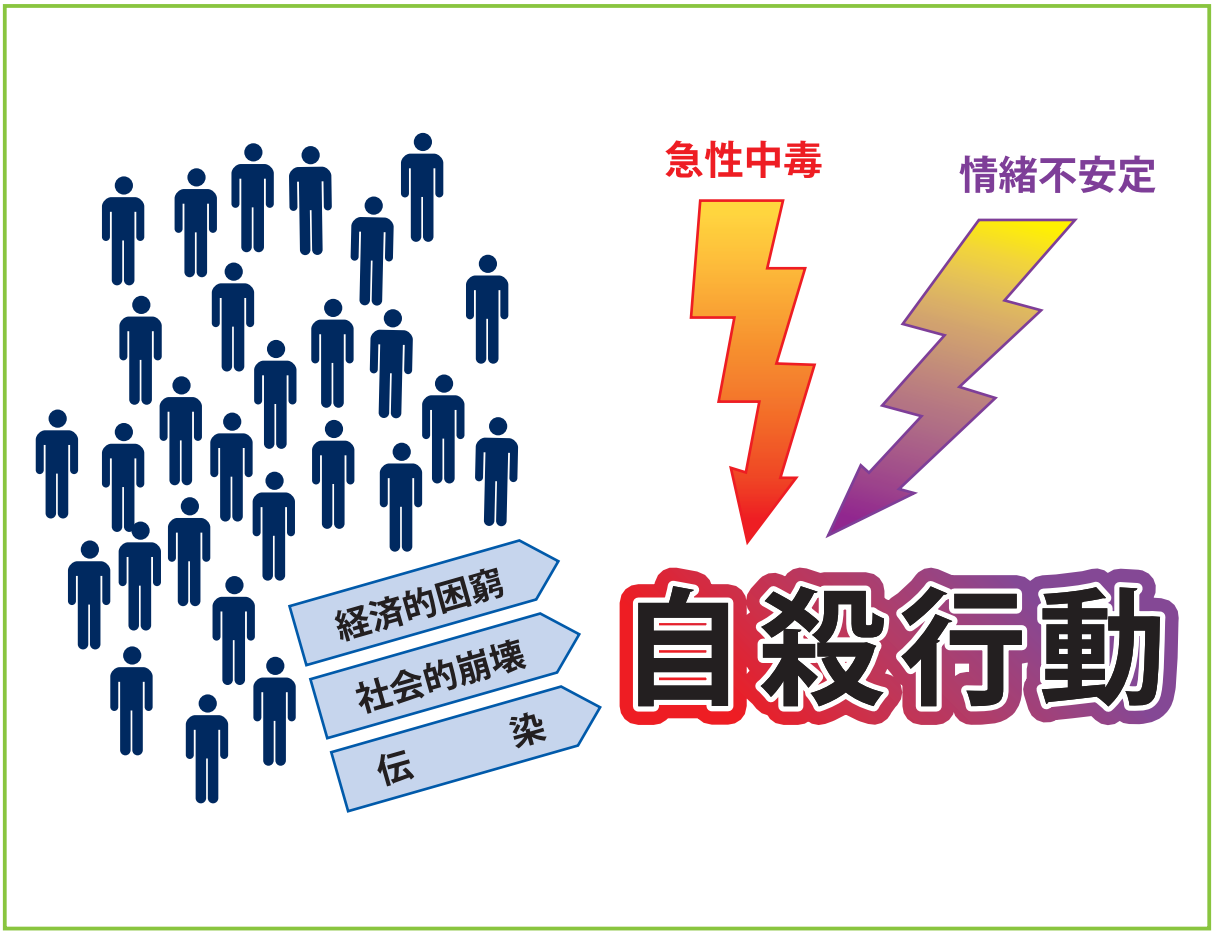


図２. 自殺行動とストレス脆弱モデル

Ⅲ．生物学的な発達段階と自殺行動

従来自殺を心理社会的な面から捉えることで自殺の理解・予防が行われてきたが必ずしも十分な成果を出すことができていないことが指摘されている[26) 28)]。近年，自殺の理解に生物学的な視点を積極的に取り入れることが行われるようになってきている[19) 20) 26) 27)]。

幼少期の有害な体験の分子学的な変化が自殺行動へ及ぼす影響：幼少期の有害事象が，その後の子どもの行動に影響を与えることは多く報告されている。しかし，分子生物学的な理解は乏しかった。最近の知見では幼少期のストレスがDNAのメチル化の分布を変え，エピジェネチックな変化が持続することで思春期以降の脳の遺伝子発現に影響を及ぼすことが自殺行動との関与することが示唆されている[25)]。乳幼児期の有害事象がメチル化を通して遺伝子を不活性化し（図3）[15)]，遺伝子の塩基配列そのものは正常であるが不活性化された遺伝子が本来発現するべき発達のある時期に発現しないことで脳の発達あるいは機能に影響を及ぼすことを仮定されている（図4）[25)]。

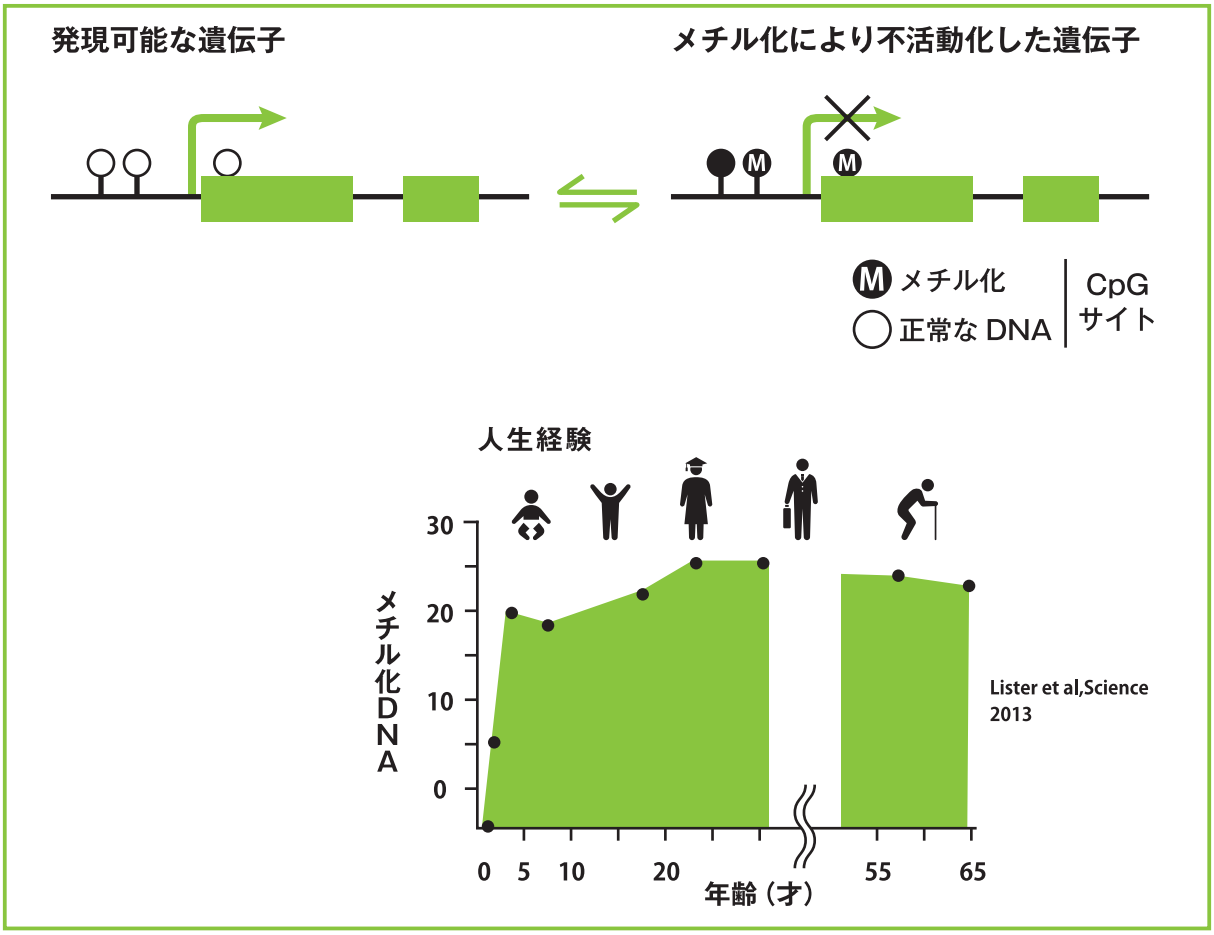


図３. 小児期のマルトリートメント（虐待）による長期予後：後成的記憶仮説

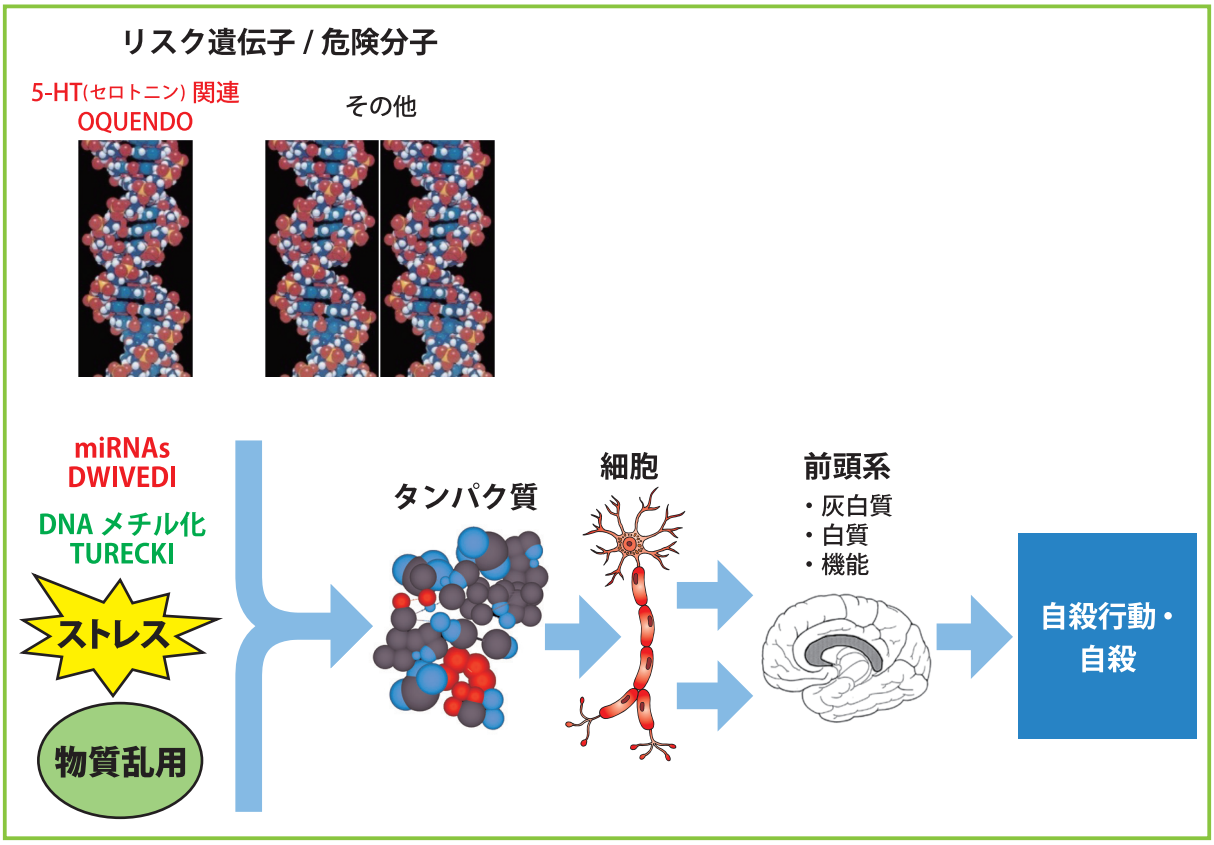


図４. 遺伝子、ストレス、前頭系にみる自殺行動と発達

幼少期の有害事象とHypothalamic-pituitary-adrenal（視床下部下部—下垂体下垂体—副腎：HPA）軸関連遺伝子のメチル化：この研究は，最初ラットを用いて行われた。母親によって世話（LG）を頻回にされた群とされなかった群とのラットの子どもの行動と内分泌系の反応，ストレスへの反応が報告された[16]。頻回のLGは，低LG群に比べて海馬のglucocorticoid 受容体（GR）の発現が多く，ストレスへの反応も緩徐だった。母親の行動は子どものGR遺伝子のプロモーター領域のメチルに影響を及ぼし，頻回のLGは，子どもの海馬のGR遺伝子のプロモーターのメチル化を減少させ，GRの発現を増やしていたことが明らかになった[29]。
さらに，幼少期のストレスがうつ病の発現と関連するセロトニン代謝の関わる遺伝子，BDNFのプロモーター領域のメチル化の分布を変えることは早期のストレスが思春期以降の自殺行動のリスクに関与するモデルと合致する（表2）[7) 22]。このような親の養育姿勢が直接にエピジェネテックな変化を持続的に引き起こすことがラット，ヒトを超えて起きていることが明らかになった[12]。さらに最近の研究はこのようなピジェネテックな変化は，幼少期に限らず人生のいつでも起きる可能性があることあることを報告している[9]。従って，発達上起きたストレスが遺伝子の発現に影響を与え，その遺伝子がGR遺伝子のようにストレス脆弱性に関与する遺伝子であれば，脳の発達に与える影響は大きい。

H-P-A軸関連遺伝子のメチル化と自殺のリスク：幼少期の有害な体験が，ストレス反応システム，特にH-P-A軸に持続的な変化を引き起こすことはヒトでも多くの報告がなされている[10]。自殺行動をとるものもH-A-P軸の過活動などの不全などを介した感情の制御の障害および認知の障害が認められ認められている[11) 14) 21) 23]。
児童青年期の後半の自殺の増加は，うつ病，統合失調症といった精神疾患の発症の時期に一致しており，自殺既遂者の多くが精神科診断を持っていることからこれら精神疾患の生物学的な基盤と自殺の行動に共通の要因が推定されている[11) 14) 21) 23]。
さらなる遺伝子研究では，セロトニン代謝に関わる遺伝子多型性がうつ病のリスクと自殺行動のリスクの両方に関わることが知られており，セロトニン遺伝子の発現の変化のタイミングがうつ病の発現と自殺行動の増加の両方に関与していることが示唆される報告もなされている[19]。他にもneurotrophic factor, BDNF, TRKB,あるいはGABA関連遺伝子の関与も示唆されている[25]。
上述のように遺伝子あるいは幼児期の体験による遺伝子の発現の変化による脳内の自殺の脆弱性（素因）の発達的な形成と，思春期以降の社会的なストレスの増大，精神疾患の発症の増加，アルコールの使用などが引き金になり自殺に至る発達的なモデルが想定される（図5）[26]。

画像研究と発達する脳と自殺：最近の脳画像研究は思春期にさまざまな脳の機能・形態上の変化が起きていることを明らかにしてきた。特に思春期以降前頭葉に機能的・形態的な変化と起きることが知られており，この変化と思春期のおける衝動性の高まりが関係していることが報告されており，これら脳の機能・形態的の発達的にプログラムされた変化と思春期の自殺のリスクの上昇は関係していることが示唆されている。最近の脳画像研究では自殺行動と思春期に始まる脳の前頭前野の成熟，白質の変化が密接に関係していることが報告されている。特に衝動性と白質，前頭葉の制御の発達と自殺との関連は大きく，灰白質，白質の成熟の開始する時期と一致し自殺行動が増加し，成熟が完了する時期と一致し自殺行動が低下する（図6）[24]。このことは脳の発達，特に衝動性のコントロールと自殺には密接な関連があると示唆している。

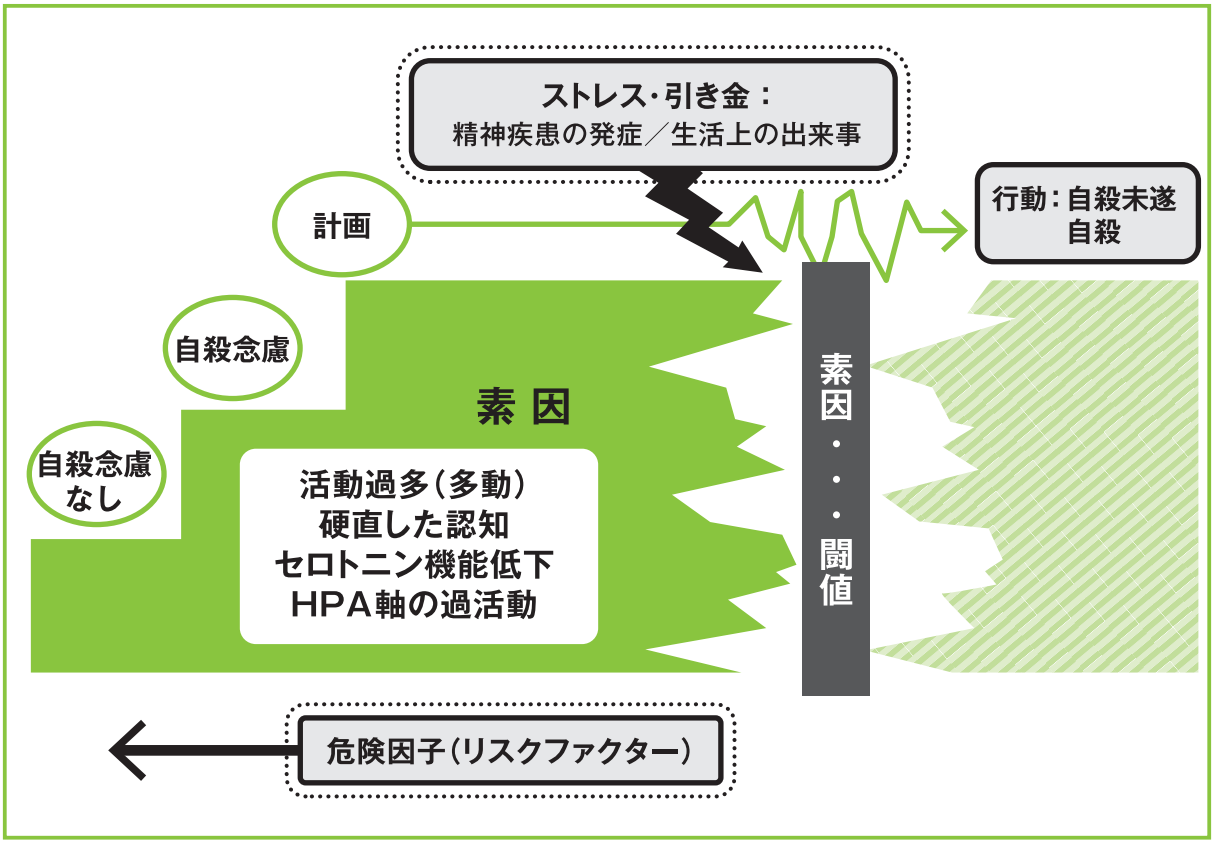


図５. 自殺の二段階モデル

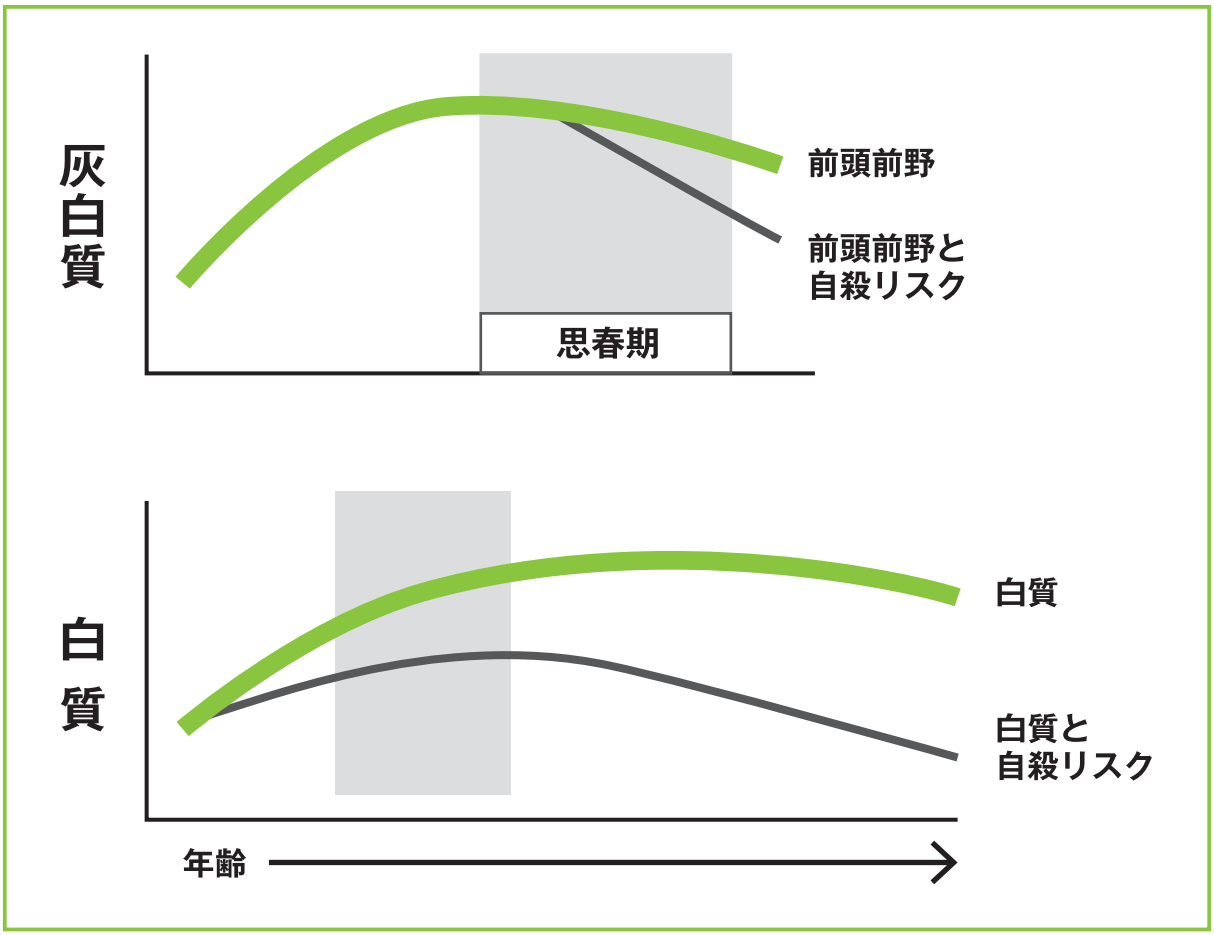


図６. 自殺行動と発達：脳の発達の変化

Ⅳ．まとめ

近年自殺行動におよぼす発達段階の影響が明らかになってきており，自殺の理解・予防に関して発達的な視点，特に生物学的な視点を取り入れた児童青年期の自殺対策が必要なことが明らかになってきている（図7）。社会学的発達・環境と生物学的発達の相互作用によって引き起こされる脳の発達への影響が，脳の成熟の完成期にあたる思春期以降の自殺行動と増加と自殺に関わるさまざまな要因の青年期前期と後期の違いを生み出しているものと推定される。

同時に，発達段階が自殺行動におよぼす影響は非常にダイナミックな背景を持っていることが最近の研究で明らかになってきている。児童青年期の自殺行動を心理社会的および生物学的な視点を含めた発達的な理解を深めることが今後自殺予防に重要となっていると思われる。

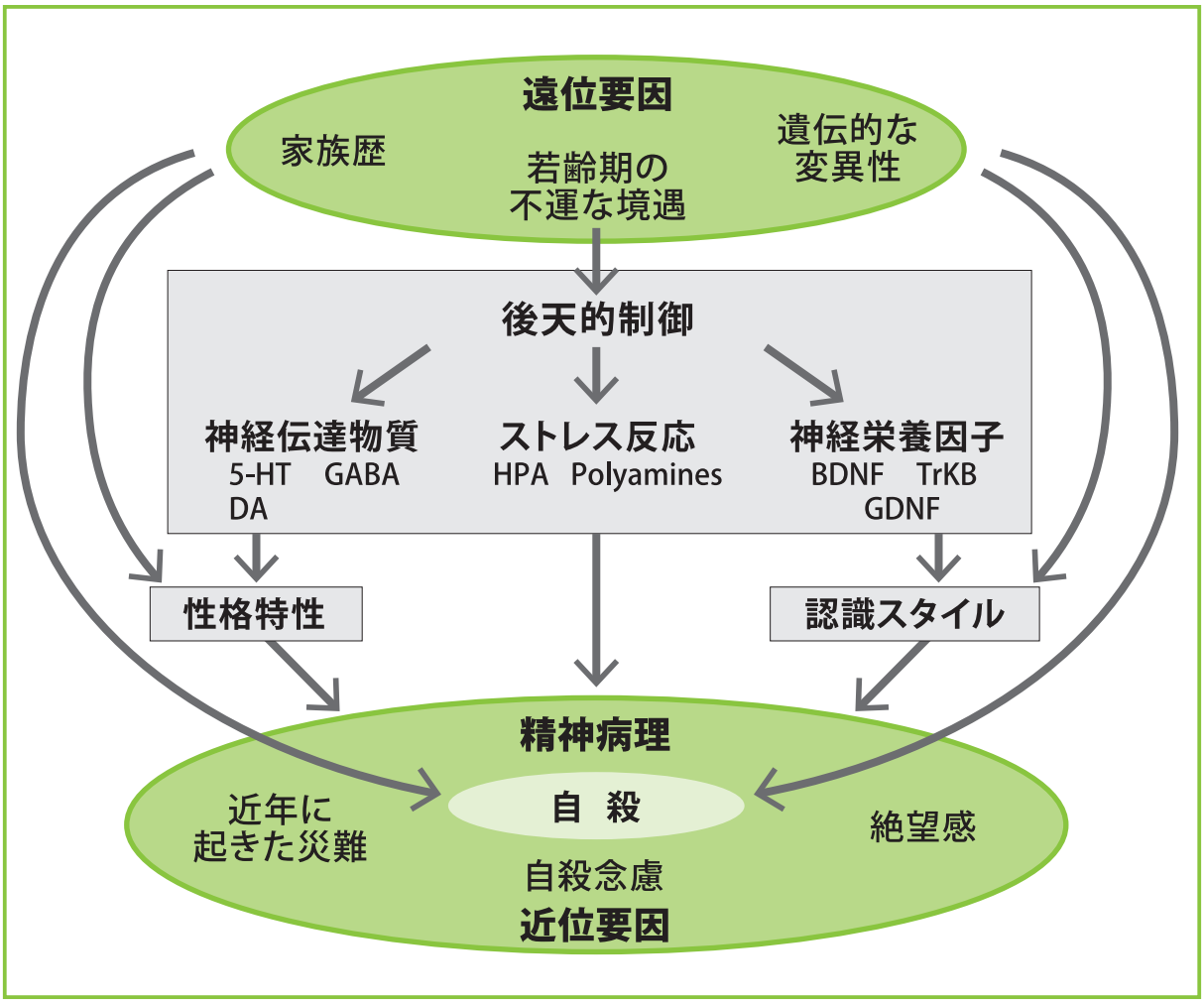


図7. 社会的・生物学的な発達と自殺のモデル

引用文献

1）Bailey CR, Cordell E, Sobin SM, Neumeister A: Recent progress in understanding the pathophysiology of post-traumatic stress disorder: implications for targeted pharmacological treatment. CNS Drugs 27(3): 221-232, 2013.

2) Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L: Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 38(12): 1497-1505, 1999.
3) Carlson GA, Asarnow JR, Orbach I: Developmental aspects of suicidal behavior in children and developmentally delayed adolescents. New Dir Child Dev(64): 93-107, 1994.
4) Chandler MJ, Lalonde CE, Sokol BW, Hallett D: Personal persistence, identity development, and suicide: a study of Native and Non-native North American adolescents. Monogr Soc Res Child Dev 68(2): vii-viii, 1-130; discussion 131-138, 2003.
5) Cicchetti D, Toth SL: A developmental psychopathology perspective on child abuse and neglect. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 34(5), 541-565, 1995.
6) Elkind D: Egocentrism in adolescence. Child Dev 38(4), 1025-1034, 1967.
7) Grabe HJ, Schwahn C, Mahler J, Appel K, Schulz A, Spitzer C, Fenske K, Barnow S, Freyberger HJ, Teumer A, Petersmann A, Biffar R, Rosskopf D, John U, Völzke H: Genetic epistasis between the brain-derived neurotrophic factor Val66Met polymorphism and the 5-HTT promoter polymorphism moderates the susceptibility to depressive disorders after childhood abuse. Progress in neuro-psychopharmacology & biological psychiatry 36(2): 264-270, 2012.
8) Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T: Suicide among children and younger and older adolescents in Norway: a comparative study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 37(5): 473-481, 1998.
9) Guo JU, Ma DK, Mo H, Ball MP, Jang MH, Bonaguidi MA, Balazer JA, Eaves HL, Xie B, Ford E, Zhang K, Ming GL, Gao Y, Song H: Neuronal activity modifies the DNA methylation landscape in the adult brain. Nat Neurosci, 14(10): 1345-1351, 2011.
10) Heim C, Shugart M, Craighead WE, Nemeroff CB: Neurobiological and psychiatric consequences of child abuse and neglect. Dev Psychobiol 52(7): 671-690, 2010.
11) Jokinen J, Nordstrom P: HPA axis hyperactivity and attempted suicide in young adult mood disorder inpatients. Journal of affective disorders 116(1-2), 117-120, 2009.
12) Kappeler L, Meaney MJ: Epigenetics and parental effects. Bioessays 32(9), 818-827, 2010.
13) Kastenbaum, R: Feasibility of dialectical behavior therapy for suicidal adolescent inpatients. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 43: 276–282, 1992.
14) Lester, D: The dexamethasone suppression test as an indicator of suicide: a meta-analysis. Pharmacopsychiatry 25(6): 265-270, 1992.
15) Lister R, Mukamel EA, Nery JR, Urich M, Puddifoot CA, Johnson ND, Lucero J, Huang Y, Dwork AJ, Schultz MD, Yu M, Tonti-Filippini J, Heyn H, Hu S, Wu JC, Rao A, Esteller M, He C, Haghighi FG, Sejnowski TJ, Behrens MM, Ecker JR: Global epigenomic reconfiguration during mammalian brain development. Science 341(6146), 2013.

16) Liu D, Diorio J, Tannenbaum B, Caldji C, Francis D, Freedman A, Sharma S, Pearson D, Plotsky PM, Meaney MJ: Maternal care, hippocampal glucocorticoid receptors, and hypothalamic-pituitary-adrenal responses to stress. Science, 277(5332), 1659-1662, 1997.
17) 内閣府自殺対策推進室，警察庁生活安全局生活安全企画課：平成 25 年中における自殺の状況.2014.https://www.npa.go.jp/safetylife/seianki/jisatsu/H25/H25_jisatunojoukyou_01.pdf
18) Noppe IC, Noppe LD: Evolving meaning of death during early , middle, and later adolescent. Death Studies 21, 253-275, 1997.
19) Oquendo MA, Sullivan GM, Sudol K, Baca-Garcia E, Stanley BH, Sublette ME, Mann JJ: Toward a Biosignature for Suicide. The American journal of psychiatry, 2014. [Epub ahead of print]
20) Pandey GN: Biological basis of suicide and suicidal behavior. Bipolar disorders 15(5): 524-541, 2013.
21) Pfennig A, Kunzel HE, Kern N, Ising M, Majer M, Fuchs B, Ernst G, Holsboer F, Binder EB: Hypothalamus-pituitary-adrenal system regulation and suicidal behavior in depression. Biological psychiatry 57(4): 336-342, 2005.
22) Pregelj P, Nedic G, Paska AV, Zupanc T, Nikolac M, Balazic J, Tomori M, Komel R, Seler DM, Pivac N: The association between brain-derived neurotrophic factor polymorphism (BDNF Val66Met) and suicide. Journal of affective disorders 128(3): 287-290, 2011.
23) Roy A: Hypothalamic-pituitary-adrenal axis function and suicidal behavior in depression. Biological psychiatry 32(9): 812-816, 1992.
24) Torregrossa MM, Quinn JJ, Taylor JR: Impulsivity, compulsivity, and habit: the role of orbitofrontal cortex revisited. Biological psychiatry 63(3): 253-255, 2008.
25) Turecki G: Epigenetics and suicidal behavior research pathways. Am J Prev Med, 47(3 Suppl 2): S144-151, 2014.
26) Turecki G: The molecular bases of the suicidal brain. Nat Rev Neurosci 15(12): 802-816, 2014.
27) Turecki G, Ernst C, Jollant F, Labonte B, Mechawar N: The neurodevelopmental origins of suicidal behavior. Trends Neurosci 35(1): 14-23, 2012.
28) van Heeringen K: Frontiers in Neuroscience Stress-Diathesis Model of Suicidal Behavior. In Y. Dwivedi (Ed.), The Neurobiological Basis of Suicide. Boca Raton, FL, CRC Press Llc, 2012.
29) Weaver IC, Cervoni N, Champagne FA, D'Alessio AC, Sharma S, Seckl JR, Dymov S, Szyf M, Meaney MJ: Epigenetic programming by maternal behavior. Nat Neurosci 7(8): 847-854, 2004.

第1章　総論的な危険因子／保護因子

2．国内外のエビデンス

1）児童青年期の自殺の心理学的剖検の系統的なレビュー

北海道大学大学院医学研究科児童思春期精神医学講座
特任教授　**齊藤　卓弥**

近年若年者の自殺の問題が注目されてきているが，若年者の自殺の特徴に関する実証的な知見は我が国においてまだ乏しいのが現状である。我が国における若年者の自殺企図の特徴に関する実証的な知見としては，他に救急医療機関に入院となった自殺未遂者を対象としたいくつかの研究がここ数年で報告されている。自殺未遂者を対象とした研究については，自殺未遂者と自殺既遂者とで特徴が厳密には一致しないという問題はあるものの，自殺未遂者本人から情報を聴取できるため，自殺企図の背景について自殺既遂者を対象とした調査以上に詳細な情報が得られる利点がある。

海外で自殺の原因・動機の探求のために心理学的剖検が用いられ包括的な原因探究のための有効な手段として用いられ，児童思春期にもこの手法がもちいられて大きな成果を出している。しかし日本では，直接的に関係者に児童思春期の自殺行動の原因について関係者全体に聞き取り調査を行い詳細な行動の原因を調査した報告はない。本稿では海外の行われた児童青年期の心理学的心理学的剖検の結果を系統的にレビューし児童青年期の自殺に関わる要因を明らかにし児童青年期の自殺予防のためのエビデンスとすることを目的とする。児童青年期の自殺について心理学的剖検を用いて自殺群と対照群を比較している論文は，7論文が抽出された。内訳ではアメリカでの報告が4件，ヨーロッパ（北欧）での報告が3件であった。児童青年期の自殺においては15歳前後を境に自殺に関わる要因に差異がみられる。若年群では，精神科疾患の比率が少なく自殺前の明確なストレス要因や自殺の意図が明確ではないことが特徴であり，自殺の予防・対策においてより困難なことが予想される。

今回対象となった研究はすべて欧米圏で行われたものであり，必ずしも本邦での児童思春期の自殺の実態や予防に一般化できないものであり今後本邦での心理学的剖検の手法を用いた自殺研究が児童青年期を対象に行われることが強く望まれる。

Ⅰ．はじめに

我が国の自殺者数が急増し年間3万人を超えた1998年には全年齢層において自殺者数の増加が認められたが，中でも40代以降の中高年男性において自殺者数の顕著な増加が認められ，それが1998年以降の我が国の自殺の特徴とされていた。しかし，平成26年版自殺対策白書[13]に

よると，近年では中高年層の自殺者数は大きく減少し，特に50代，60代では自殺死亡率（人口10万人当たりの自殺による死亡者数）が2013年時点で1998年以前の水準に回復している一方で，10代から30代の若年者においては自殺者数の減少が緩徐であり，10代から30代においては2013年時点で1998年と同水準かそれより高い自殺死亡率を示している。また，15歳～34歳においては2012年における死因の第1位が自殺となっており，欧米諸国と比較しても極めて高い自殺死亡率となっている。

このように我が国においては近年若年者の自殺の問題が注目されてきているが，若年者の自殺の特徴に関する実証的な知見は我が国においてまだ乏しいのが現状である。若年の自殺既遂者の特徴についての知見は我が国においては警察庁統計がほぼ唯一のものである。平成25年の警察庁統計[14]によると，平成25年における30歳未満の自殺既遂者3,348人中，健康問題が自殺の原因・動機と推定された者が1,081人（32.3%）と最も多く，その約90%は精神疾患に関連したものであった。勤務問題が自殺の原因・動機と推定された者が488人（14.6%）で2番目に多く，家庭問題が自殺の原因・動機と推定された者が428（12.8%）で3番目に多かった。ただし，警察庁統計については異常死の捜査で得られた情報を集計しているため，自殺の原因・動機の特定を目的とした評価や精神医学的視点からの評価を行っているわけではなく，しかも自殺者の4人に1人は原因・動機の特定ができていないという難点がある。

我が国における若年者の自殺企図の特徴に関する実証的な知見としては，他に救急医療機関に入院となった自殺未遂者を対象としたいくつかの研究がここ数年で報告されている。自殺未遂者を対象とした研究については，自殺未遂者と自殺既遂者とで特徴が厳密には一致しないという問題はあるものの，自殺未遂者本人から情報を聴取できるため，自殺企図の背景について自殺既遂者を対象とした調査以上に詳細な情報が得られる利点がある。

本田らは三次救急医療機関での10代，20代の重症自殺企図者（既遂者を含む）58例を調査し，10代は20代に比べて対人関係の問題が誘因となっている例が有意に多かったと報告している[7]。また，加藤らは一次から三次救急すべてに対応している救急医療機関での自殺未遂者337例を19歳以下26例と20歳以上311例とに分けて比較を行い，19歳以下では女性の割合，過去の自殺企図歴が有意に高く，身体疾患の既往が有意に少なかったと報告している[9]。

三次救急医療機関での18歳以下の重症自殺未遂者の特徴について，19歳以上と比較して境界性パーソナリティ障害と診断された者，学校問題を有していた者の割合が高く，経済・生活問題を有していた者の割合が低いという結果を報告している[8]。また，同じく三次救急医療機関での18歳以下の重症自殺未遂者における自殺企図の誘因についての調査も行っており，18歳以下においても成人と同様に精神疾患の問題が極めて大きいという結果を報告している[12]。海外における同種の研究では，Beautraisらがニュージーランドにおいて13歳から24歳の重症自殺未遂者129人を調査し，対人関係の問題が誘因として最も多かったと報告している[1]。

一方海外で自殺の原因・動機の探求のために心理学的剖検が用いられ包括的な原因探究のための有効な手段として用いられ，児童思春期にもこの手法がもちいられて大きな成果を出している。しかし日本では，松本らのグループが成人の自殺者に対して行った報告のみで十分に活用されていない[10]。児童思春期への適応に関しては，松本らのグループの報告に数例あるのみであり，直接的に関係者に児童思春期の自殺行動の原因について関係者全体に聞き取り調査を行い詳細な行動の原因を調査した報告はない。

本稿では海外の行われた児童青年期の心理学的心理学的剖検の結果を系統的にレビューし児童

表１．子どもの心理的剖検の文献的研究

文献のタイトル	発表年	地域	既遂群（N）	既遂群年齢	対照群（N）	対照群年齢
Suicide among female Adolescents: Characteristics and comparison with males in the age group 13-to 22 years (Marttunen et al)	1995	Finland	Male 97	13-22y	Female 19	13-22y
Psychosocial Risk Factors of child and adolescent completed suicide(Gould et al)	1996	NY, USA	120	<20	147	<20
Psychiatric Diagnosis in child and Adolescent Suicide (Shaffer et al)	1996	NY, USA	120	16.7y	147	16.7y
Suicide Among Child and Younger and Older Adolescents in Norway: A comparative Study (Groholt et al)	1998	Norway	12 115	<15y 15-19y	84 805	<15y 15-19y
Separation/Divorce and child and adolescent completed suicide(Gould et al)	1998	NY, USA	120	<20	196	<20
Age-and Sex-related risk factors for adolescent suicide(Brent et al)	1999	Pennsylvania, USA	140	Male 17.4y Female16.8 y	130	Male 17.7y Female 17.0y
Differences between children and adolescents who commit suicide and their peers: A psychological autopsy of suicide victims compared to accident victims and a community samples (Freuchen et al)	2012	Norway	41	14.4y	Accident 43 Community 410	13.5y 11-13y

青年期の自殺に関わる要因を明らかにし児童青年期の自殺予防のためのエビデンスとすることを目的とする。

Ⅱ．方法

‘psychological autopsy’‘suicide’‘child’および‘adolescent’をkey Word にPubMedを用いて文献検索を行い，49の論文が抽出された。その論文の引用文献で関連する論文を含めて児童青年期の自殺について心理学的剖検を用いて自殺群と対照群を比較している論文を抽出し系統的な検討，考察を行った。

Ⅲ．結果

児童青年期の自殺について心理学的剖検を用いて自殺群と対照群を比較している論文は，7論文が抽出された（表1）。内訳ではアメリカでの報告が4件，ヨーロッパ（北欧）での報告が3件であった。

Maruttuenらが，13歳から22歳の自殺既遂者のフィンランドにおける男女の比較を行った報告では，心理学剖検の結果では女性の68％に気分障害，26％に境界性パーソナリティ障害の診断がなされ男性より有意に診断されることが多かった。また女性の方が男性よりも過去の精神科入院歴（42% vs12%），過去1年間の精神科入院歴（42% vs8%）がともに有意に高く，過去1

年間（47% vs12%）および過去１ヶ月間（47% vs7%）の精神科治療の利用率も男性より高かった。また，過去の自殺企図も女性に有意に多く見られた（62% vs30%）（表2）[11]。

表２．自殺既遂者の男女の比較

	女性（N＝19）%	男性（n＝97）%	P値
過去の自殺企図	63	30	0.01
アルコールの影響下の自殺	47	60	NS
抑うつ症状	79	56	0.1
大うつ病	37	14	0.05
境界性パーソナリティー障害	26	7	0.04
生涯の精神科治療歴	47	32	NS
生涯の精神科入院歴	42	12	0.005
過去１年間の精神科治療歴	47	21	0.03
過去１年の精神科入院歴	42	8	0.001
過去１ヶ月の精神科治療歴	47	7	0.001

Gouldらは，ニューヨーク市の20歳未満の120名の自殺既遂者と性別，年齢，人種を一致させた147名の対照群に関して自殺への心理社会的な要因の関与を比較した。自殺のリスクを増加させる因子として学校における問題，家族の自殺行動の既往，親子間のコミュニケーションの欠如，生活上のストレス（対象の喪失，躾け上の問題）などの心理社会的な要因が挙げられた（表3）[4]。

表３．自殺への心理社会的要因の寄与

	自殺既遂者（n＝120）%	対照群（n＝147）%	オッズ比（95%信頼区間）
親の結婚状態（不安定な家庭状況）	48.3	33.3	1.9（1.1－1.3）＊
親子関係			
母親とのコミュニケーションの欠如	16.1	7.5	4.3（1・6－11.6）＊
父親とのコミュニケーションの欠如	31.2	12.8	4.0（1.8－9.0）＊
母親とのネガティブな関わり	10.8	11.5	0.7（0.3－1.8）
父親とのネガティブな関わり	4.7	6.3	0.5（0.1－2.9）
重大な体罰	2.9	3.6	1.3（0.3－6.1）
親の精神病理			
母親の気分障害の症状	36.6	21.9	2.0（1.1－3.7）＊
母親のアルコール・薬物問題	5.4	5.1	1.0（0.3－3.4）
母親の司法上の問題	2.2	1.5	2.6（0.2－30.9）
母親の精神科治療歴	36.6	28.5	1.4（0.8－2.6）
父親の気分障害の症状	25.3	20.5	1.2（0.6－2.5）
父親のアルコール・薬物問題	16.1	13.1	1.2（0.5－2.7）
父親の司法上の問題	18.4	6.6	4.0（1.5－10.9）＊
父親の精神科治療歴	20.7	15.6	1.5（0.7－3.3）
家族の自殺行動の既往	17.4	4.8	4.6（1.8－11.7）＊
生活上のストレス因子			
躾け上の問題	47.7	15.5	5.1（2.7－9.5）＊
対象の喪失	53.6	39.7	1.9（1.1－3.3）＊
学校・仕事上の問題			
成績不良	25.3	8.6	3.3（1.4－7.7）＊
停学処分	16.3	2.6	6.1（1.6－23.4）＊
退学	18.3	2.7	5.1（1.2－20.7）＊
仕事、学校のいずれにも属していない	16.8	0.7	44.1（4.5－432.0）＊
大学に進学していない	94.8	79.6	7.8（2.2－27.3）＊

＊統計学的に有意

Shafferらは，ニューヨーク市の20歳未満の120名の自殺既遂者と性別，年齢，人種を一致させた147名の対照群に関して精神学的な要因の寄与を比較した。自殺群の59%がDSM-IIIの精神科診断基準を親からの聞き取り調査で満たし，対照群では23%であった。3年以上症状が持続したものは自殺では46%，対照群では29%，精神科治療を受けていたものは自殺群で46%，対照群で29%であった（表4）。複数の情報提供者からの評価では，自殺群の91%が精神科診断基準を満たしていた。気分障害と過去の自殺企図が男女ともにもっと大きな自殺の危険因子であった。アルコール・薬物関連障害は男性においてのみ危険因子であった。女性に気分障害の診断がより多かった。精神科診断の頻度は，年齢が上がるにつれて増える傾向にあり，特にアルコール・薬物関連障害でこの傾向が著しかった。気分障害とアルコール。薬物関連障害あるいは行為障害の併存する症例で自殺のリスクが最も高かった（表5）[15]。

表４．自殺への精神科診断・症状の寄与（親よりの情報のみ）

	男性			女性			全体のオッズ比
	自殺既遂群（N=81）%	対照群（n=115）%	オッズ比（95%信頼区間）	自殺既遂群（N=19）%	対照群（N=29）%	オッズ比（95%信頼区間）	オッズ比（95%信頼区間）
気分障害	38.3	5.2	11.26（4.42－28.72）	47.4	3.4	25.2（2.82－224.84）	12.10（5.12－28.57）
破壊性障害	30.9	12.2	3.22（1.55－6.69）	10.5	3.4	1.59（0.20－12.36）	2.73（1.38－5.40）
不安性障害	23.5	8.6	3.22（1.41－7.36）	15.8	20.7	0.72（0.16－3.31）	2.08（1.03－4.21）
薬物関連障害	24、7	4.3	7.21（2.58－20.18）	0	3.4	算定不能	5.33（2.05－13.85）
自殺企図	23.9	0.9	34.31（4.45－264.70）	38.9	0	算定不能	算定不能
危険な行動	17.3	2.6	7.95（2.20－28.72）	0	0	算定不能	算定不能
家出	24.7	5.2	5.96（2.27－15.63	31.6	13.8	2.88（0.69－12.07）	3.04（1.61－5.71）
診断なし	40.7	77.4	4.98（2.67－9.28）	42.1	75.9	4.32（1.24－15.03）	0.14（0.08－0.26）

Groholtらの報告では，ノルウェーにおける早期青年期（15歳未満），後期青年期（15歳から19歳）および対照群の自殺のリスク要因を比較した。早期青年期群では，後期青年期群と比較して縊死の頻度が高く（93% vs 35%），希死念慮が少なく（7% vs 39%），先行する出来事が明確でなかった（29% vs 49%）。後期青年期では，精神科疾患の頻度が高かった（77% vs 43%）。対照群と比較して，自殺のリスク因子となったのは，気分障害（早期思春期：オッズ比（OR）=23,8，95%信頼区間（CI）=2.3-1183, 後期青年期:OR=19.6,CI=10.6-38.8）, 破壊性障害（早期思春期：OR=3.4, CI=0.0-340. 後期青年期：OR=6.1,CI=3.0-12.7），生物学的な両親と同居していない（早期思春期：OR=3.1, CI=0.6-14.7. 後期青年期：OR=2.5,CI=1.6-3.8）。早期青年期軍では, 後期青年期群に比べて明確なリスク要因に暴露されていないことが特徴であった。リスク因子に関しては早期および後期青年期では共通のことが多く，早期青年期に自殺が少ないのは，自殺のリスク因子への抵抗があると考えるよりも，リスク因子への暴露が少ないことに起因すると考察している（表6）[6]。

Gouldらは，ニューヨーク市の20歳未満の120名の自殺既遂者と性別，年齢，人種を一致させた147名の対照群に関して親の別居や離婚の自殺への寄与について比較した。親の別居や離婚を経験した児童青年は，自殺群では48名，対照群では49名であった。自殺群は対照群に比較し

表５．自殺への精神科診断の寄与（複数の情報提供者者により）

	男性			女性			全体
	17歳未満（n＝30）%	17歳以上（n＝64）%	全体（n＝94）%	17歳未満（n＝12）%	17歳以上（n＝13）%	全体（n＝25）%	N＝119 %
気分障害	57	61	60	58	77	68	61
大うつ病	17	30	26	50	62	56	32
気分変調症	17	17	17	0	0	0	13
双極性障害	0	5	3	0	0	0	2
特定不能の抑うつ障害	3	2	2	0	8	4	3
破壊性性障害	43	59	54	50	23	36	50
行為障害	30	59	50	50	15	32	46
反抗挑戦性障害	0	2	1	0	8	4	2
注意欠如多動性障害	20	3	9	8	0	4	8
不安性障害	30	25	27	33	23	28	27
すべて物質物関連障害	10	56	42	17	8	12	25
アルコール	7	38	28	0	0	0	22
物質	7	39	29	17	8	12	25
統合失調症	3	3	3	0	8	4	3
診断なし	17	6	1	17	0	8	9
単一診断							
気分障害	17	11	13	8	38	24	15
破壊性障害	3	8	6	8	0	4	6
不安性障害	13	5	7	8	8	8	8
役部関連障害のみ	0	2	1	0	0	0	1
気分障害との併存							
気分障害、破壊性障害	23	5	11	17	23	20	15
気分障害、不安性障害	7	8	7	17	8	12	8
気分障害、物質関連障害	0	8	5	0	8	4	5
気分障害、破壊性障害、不安性障害	0	2	1	8	0	4	2
気分障害、破壊性障害、物質連障害	7	20	16	8	0	4	13
気分障害、不安障害、物質関連障害	0	2	1	0	0	0	1
気分障害、破壊性障害、不安障害、物質関連障害	3	6	5	0	0	0	4
その他の併存障害							
破壊性障害、不安性障害	7	0	2	0	0	0	2
破壊性障害、薬物関連障害	0	16	11	8	0	4	9
破壊性障害、不安性障害、物資関連障害	3	0	2	0	15	8	3
その他の診断	3	0	1	0	15	8	3

表６．年齢による自殺に関連する慢性のストレス因子と先行する出来事

	15歳未満		15歳位以上19歳未満		P値
	人数	%	人数	%	
先行する出来事					
すべての対人的葛藤／喪失	4	29	43	39	0.6
恋愛問題	0	0	35	34	0.01
両親との葛藤	4	29	8	7	0.03
友人との葛藤	1	7	4	4	0.5
躾け上の問題	2	14	14	133	1
その他	2	14	14	13	1
先行する出来事が不明	10	71	56	51	0.2
ストレス要因					
親の問題	5	36	43	40	1
友人との問題	5	36	21	19	0.2
学校／仕事上の問題	5	36	21	19	0.5
その他のストレス	0	0	47	46	0.001
ストレスの不明	6	43	30	27	0.3
精神学的診断					
診断なし	8	57	23	21	0.008
気分障害	4	29	51	48	0.3
破壊性障害	2	14	19	18	1
その他の診断	1	7	41	38	0.03

て自殺既遂時に，両親のいずれとも同居していないことが有意に多かった（$\chi 2 = 4.0$, $p < 0.05$）。しかし，親の精神病理，別居や離婚時の年齢，別居している親との面会の頻度，同居中の親との関係が間接的なリスク要因として働く可能性があり，親の精神病理との相互関係を考慮して解析を行うと親の別居や離婚の自殺への直接的な寄与は大きくないことが示された[5]。

Brentらは，性別と年齢の自殺の既遂への影響を調査するために，140名の自殺既遂群と対照群を，16歳未満と以上，男女に分けてリスク因子を心理学的剖検の手法を用いて解析を行った。気分障害，両親の精神病理，虐待の既往，火器へのアクセス，過去の自殺企図が4つのいずれの群でも自殺のリスクとして挙げられている。物質関連障害あるいは物質関連障害と気分障害の併存が16歳以上の群では特に高リスクとして挙げられている（表7，8）。16歳未満の群では自殺念慮が明らかでないことが多かった。男性では行為障害がリスク因子として挙げられ，また不可逆的な手段を選択することが多かった（表9）[2]。

Freuchenらは，ノルウェーにおいて15歳以下の自殺既遂者41名，事故による死亡者43名と対照群410名を心理学剖検の手法を用いて自殺に関係する因子を解析した。自殺既遂群の25%は，精神科診断を満たし，30%は抑うつ症状を示していた。自殺群と事故群を比較し，自殺への関心，喪失体験，葛藤状況，閾値下のうつ病が自殺に関わる因子として挙げられている（表10）[3]。

表７．性別と年齢による自殺既遂者の精神科診断の比較

	男性		女性		16歳未満		16歳以上		男性	女性	16歳未満	16歳以上
	自殺群 (n=119)	対照群 (n=91)	自殺群 (n=21)	対照群 (n=40)	自殺群 (n=35)	対照群 (n=28)	自殺群 (N=105)	対照群 (n=103)	オッズ比 95%信頼区間	オッズ比 95%信頼区間	オッズ比 95%信頼区間	オッズ比 95%信頼区間
すべての精神科診断	82.4	23.1＊	81.0	27.5＊	60.0	21.4＊	89.5	25.2＊	15.6 (7.9-30.6)	11.2 (3.1-40.8)	5.5 (1.8-17.0)	25.3 (11.8-54.5)
すべての気分障害	43.2	7.7＊	71.4	15.0＊	42.9	3.6＊	49.0	11.7＊	9.1 (3..9-21.4)	14.3 (3.9-51.2)	20.3 (2.5-166.2)	7.3 (3.6-14.9)
不安性障害	12.6	1.1＊	23.8	10.0	22.9	3.6＊	11.4	3..9＊	13.0 (1.7-100.2)	2.8 (0.7-11.9)	8.0 (0.9-68.4)	3.2 (0.99-10.3)
薬物乱用	35.3	4.4＊	23.8	2.5＊	5.9	0.0	42.7	4.9＊	11.9 (4.1-34.7)	12.2 (1.3-112.7)	4.4 (0.2-95.2)	14.6 (5.5-38.9)
行為障害／反社会的障害	34.5	6.6＊	10.0	7.5	17.1	3.6	35.6	7.8＊	7.4 (3.0-18.5)	1.4 (0.2-8.9)	5.6 (0.6-49.5)	6.6 (2.9-15.0)
過去の自殺企図	36.9	1.1＊	61.9	0.0＊	35.5	0.0＊	42.6	1.0＊	52.7 (71-392.7)	128.6 (7-2380.5)	32.0 (1.8-574.1)	75.6 (10.1-563.6)

※統計学的に有意

表８．性別と年齢による自殺既遂者のストレス要因の比較

	男性		女性		16歳未満		16歳以上		男性	女性	16歳未満	16歳以上
	自殺群 (n=119)	対照群 (n=91)	自殺群 (n=21)	対照群 (n=40)	自殺群 (n=35)	対照群 (n=28)	自殺群 (N=105)	対照群 (n=103)	オッズ比 95%信頼区間	オッズ比 95%信頼区間	オッズ比 95%信頼区間	オッズ比 95%信頼区間
両親との葛藤	33.3	13.3＊	42.9	27.5	50.0	14.3＊	29.7	18.4	3.3 (1.6-6.8)	2.0 (0.7-6.0)	6.0 (1.7-21.0)	1.9 (0.97-3.6)
交際相手との葛藤	34.5	7.6＊	28.6	10.0	8.6	0.0	42.2	19.4＊	2.5 (.3-4.8)	3.6 (0.9-14.6)	6.1 (0.3-124.0)	3.0 (1.6-5.7)
交際相手の喪失	36.2	18.7＊	43.7	15.0＊	22.6	10.7	43.0	19.4＊	2.5 (1.3-4.8)	4.4 (1.2-16.4)	2.4 (0.6-10.5)	3.1 (1.6-6.1)
司法上／規則上の問題	39.2	15.4＊	19.0	2.5＊	31.4	17.9	37.9	9.7	3.6 (1.8-7.0)	9.2 (0.95-88.3)	2.1 (0.6-7.0)	5.7 (2.6-12.2)
現在の虐待	7.7	0.0＊	9.5	0.0	11.4	0.0	6.8	0.0＊	16.0 (0.9-279.1)	10.4 (0.5-226.9)	8.1 (0.4-158.0)	16.1 (0.9-285/5)
生涯の障虐待歴	35.4	1.1＊	23.1	2.5＊	42.1	0.0＊	30.5	1.9＊	49.3 (6.4-377.3)	11.7 (1.1-124.8)	42.1 (2.2-791.6)	22.2 (4.9-99.9)
不安定な家庭	59.7	29.7＊	47.6	42.5	48.6	25.0	61.0	36.9＊	3.5 (2.0-6.3)	1.2 (0.4-3.60)	2.8 (0.96-8.4)	2.8 (1.6-4.9)

※統計学的に有意

表９．自殺に関わる状況の性別と年齢による比較

	男性（n=119）	女性（n=21）	16歳未満（n=35）	16歳以上（N-105）
自殺の手段（%）				
火器	66.4	57.1	65.7	64.8
縊死	19.3	19.0	25.7	17.1
飛び降り	5.0	0.0	2.9	4.8
一酸化炭素	7.5	4.8	0.0	9.5
過量服薬	0.8	14.3＊	5.7	1.9
窒息	0.8	4.8	0.0	1.9
自殺念慮の意図（%）	9.4	9.4	8.4	9.8＊
薬物反応（%）				
アルコール	31.8	15.0	3.1	37.8＊
薬物	9.3	10.5	3.1	11.7

※統計学的に有意

表 10．自殺群と事故群間の自殺へ関与する因子の比較

	年齢、性別などで補正されないオッズ比			年齢、性別などで補正されたオッズ比		
	OR	95%信頼区間	P値	OR	95%信頼区間	P値
精神的な問題	3.9	1.3－12.2	0.02	0.9	0.1－8.6	0.89
自殺への関心	38.0	4.8－303.6	＜0.01	22.3	1.9－264.	0.01
喪失	4.2	1.6－111.1	＜0.01	6.0	1.1－31.8	0.04
ストレスフルな葛藤	11.4	3.7－35.2	＜0.01	10.6	1.7－68.2	0.01
脆弱性	10.2	3.1－33.9	＜0.01	0.4	0.1－2.3	0.31
閾値下のうつ病	18.0	2.2－146.3	＜0.01	49.8	1.2－2008.5	0.04
C-GAS	0.9	0.9－0.98	＜0.01	1.0	0.9－1.1	0.59
性別	0.5	0.2－1.3	0.11	0.4	0.1－2.6	0.33
年齢	1.6	1.1－2.1	＜0.01	1.5	0.9－2.7	0.13

Ⅳ．考察

心理学的剖検を用いた自殺要因の解析は自殺の原因の解明，対策において有効な手法と考えられている。しかし，児童青年期においては心理学的剖検を用いた自殺研究は限られており今回対象として7論文も4つの研究に基づいたものであり，また3つの研究は1980-1990年代に実施されたものであり必ずしも現在の社会状況や精神学的な診断に一般化することは適切とはいえない。しかし，既存の児童青年期の心理学的剖検の結果は，いくつかの共通した傾向を示している。児童青年期の自殺においては15歳前後を境に自殺に関わる要因に差異がみられる。低年齢群では，精神科疾患の比率が少なく自殺前の明確なストレス要因や自殺の意図が明確ではないことが特徴であり，自殺の予防・対策においてより困難なことが予想される。今後さらに発達に応じた

自殺の研究・理解が今後必要となると考えられる。男女を問わず気分障害の有無が自殺において大きなリスク要因であるが，男性においてはアルコール・薬物あるは行動上の問題が自殺のリスク要因になっていることは本邦ではあまり注目されておらず今後自殺予防の上で重要な視点であると考えられる。また，離婚・別居の自殺への寄与の研究やその他の要因の研究から単に両親が揃っていること以上に両親とのコミュニケーションや両親の精神的な健康が児童思春期の自殺に重要な要因となっていることは，児童青年期においては単に本人への支援だけではなく家族を含めた包括的な支援が重要なことを示唆している。

今回対象となった研究はすべて欧米圏で行われたものであり，必ずしも本邦での児童思春期の自殺の実態や予防に一般化できないものであり今後本邦での心理学的剖検の手法を用いた自殺研究が児童青年期を対象に行われることが強く望まれる。

引用文献

1) Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT: Precipitating factors and life events in serious suicide attempts among youths aged 13 through 24 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36(11): 1543-1551, 1997.
2) Brent DA, Baugher M, Bride J, Chen T, Chiappetta L: Age-and Sex-related risk factors for adolescent suicide. J. AM. ACAD. CHILD ADOLESCE PSYCHIATRY 38(12): 1497-1505, 1999.
3) Freuchen A, Kjelsberg E, Lundervold AJ, Grøholt B: Differences between children and adolescents who commit suicide and their peers: A psychological autopsy of suicide victims compared to accident victims and a community samples. CHILD and AdOLESCENT PSYCHIATRY and MENTAL HEALTH 6(1): 2012.
4) Gould MS, Fisher P, Parides M, Flory M, Shaffer D: Psychosocial Risk Factors of child and adolescent completed suicide. ARCH GEN PSYCHIATRY 53(12): 1155-1162, 1996.
5) Gould MS, Shaffer D, Fisher P, Garfinkel R: Separation/Divorce and child and adolescent completed suicide. J. AM. ACAD. CHILD ADOLESCE PSYCHIATRY 37(2): 155-162, 1998.
6) Groholt B, Ekeberg O, Wichstrom L, Haldorsen T: Suicide Among Child and Younger and Older Adolescents in Norway: A comparative Study. J. AM. ACAD. CHILD ADOLESCE PSYCHIATRY 37(5): 473-481, 1998.
7) 本田洋子，衞藤暢明，松尾真裕子，喜多村泰輔，石倉宏恭，西村良二：19歳以下の重症自殺企図者の臨床的検討―20代との比較から―.日本社会精神医学会雑誌21，156-166，2012.
8) Kawashima Y, Ito T, Narishige R, Saito T, Okubo Y: The characteristics of serious suicide attempters in Japanese adolescents--comparison study between adolescents and adults. BMC Psychiatry 12: 191, 2012.
9) 加藤晃司, 木本啓太郎, 木本幸佑, 山田桂吾, 松本英夫：未成年における自殺企図の頻度と臨床的特徴：自殺企図にて救命救急センターに入院となった337名を対象とした後方視的研究.精神科救急16：154-160，2013.

10) Kodaka M, Matsumoto T, Katsumata Y, Akazawa M, Tachimori H, Kawakami N, Eguchi N, Shirakawa N, Takeshima T: Suiciderisk among individuals with sleepdisturbances in Japan: a case-control psychologicalautopsy study. Sleep Med 15(4): 430-5, 2014.
11) Marttunen MJ, Henriksson MM, Aro MH, Heikkinen ME, Isinetsa ET, Lonnqvist JK: Suicide among female Adolescents: Characteristics and comparison with males in the age group 13-to 22 years. J. AM. ACAD. CHILD ADOLESCE PSYCHIATRY 34(10): 1297-1307, 1995.
12) 成重竜一郎, 川島義高, 齊藤卓弥, 大久保善朗：児童・青年期の自殺未遂者の原因・動機に関する検討.児童青年精神医学とその近接領域53：46-53，2012.
13) 内閣府自殺対策推進室：平成26年版自殺対策白書，2014. http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2014/pdf/index.html (参照2014年9月16日).
14) 内閣府自殺対策推進室，警察庁生活安全局生活安全企画課：平成 25 年中における自殺の状況.2014.
http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/h25.html (参照2014年9月22日).
15) Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M: Psychiatric Diagnosis in child and Adolescent Suicide. ARCH GEN PSYCHIATRY 53(4): 339-348, 1996.

第1章　総論的な危険因子／保護因子

2. 国内外のエビデンス

2）未遂者の横断調査による知見

東京都立小児総合医療センター児童・思春期精神科
医員　**渡辺　由香**　・　レジデント　**尾崎　仁**

- 本稿では，国内外の自殺企図に関する横断的な観察研究から得られた知見から，危険因子・保護因子について紹介した。
- 性差に着目すると，自殺既遂は男性が多いのに対して，自殺企図は女性が多い。
- 過去の自殺企図歴は，若年自殺における単独で最も強力な危険因子のひとつである。
- 自殺企図者の大半が精神障害を有している。特に気分障害は高率に認められる疾患であるが，本邦の知見からは，より若年層においては気分障害圏より適応障害圏の割合が大きく，環境因子の影響が大きい可能性について指摘されている。本邦では，統合失調症など精神病圏が1–2割程度，発達障害が約1割，若年者の自殺企図に認められている。一方で，海外では多く見られる物質依存・乱用や破壊的行動障害は，本邦では少ない。
- 自殺の致死的手段の可用性は自殺の危険因子のひとつであり，自殺手段へのアクセス制限が予防に効果的である。
- 家族の自殺歴，家族との関係性，虐待の既往といった家族背景，また，いじめ，学校不適応，喪失体験といったライフイベントなど，心理社会的背景も自殺の危険因子である。
- 海外では観察研究の知見が豊富で既に介入研究の段階にある一方で，本邦では若年者自殺に関する研究は未だ少数に留まっている。日本における若年者自殺の効果的な予防・介入について検討するために，更なるエビデンスの蓄積が必要である。

Ⅰ. はじめに

自殺既遂の最も重要な危険因子は過去の自殺未遂歴であり，自殺既遂者（実際に自殺を完遂した者）と自殺未遂者（自殺企図後完遂しなかった者）のプロフィールは似通っていると言われている[3) 12)]。したがって，自殺未遂者の特徴を知っておくことは自殺対策において非常に重要かつ有用と思われる。

本稿では若年者の自殺におけるいわゆる危険因子および保護因子をあきらかにすることを目的として，国内外の先行研究の中から，自殺未遂者の横断調査を中心にレビューを行った。海外の先行研究に関しては，Bridgeら[9)]，Gould ら[12)]のレビューを参照しながら，観察研究，症例対

照研究，前方視研究を対象としたが，若干ながら自殺既遂者に関する調査も含まれている。また，国内の先行研究は主に救命救急センターに搬送された自殺未遂症例の横断調査である。

Ⅱ．海外における先行研究のレビューから

1．危険因子

① 性差

ほぼすべての国において，自殺既遂は女性よりも男性の方が多いとされている。これは男性の方が，気分障害と物質・アルコール乱用の併存が多いこと，攻撃性の高さ，より致死的な手段の選択，などの複数の危険因子を有するためである[8) 28)]。例外は中国で，中国の都市部以外の地方では，手段として殺虫剤が使われることが多く，治療施設へのアクセスが困難なため，女性の方が男性よりも既遂が多い[33)]。一方で，希死念慮や自殺企図は，思春期以降では男性よりも女性の方が多いと言われている。またアメリカでは，自殺企図自体は女性11.2%に対し男性6.2%と女性が多いにもかかわらず，医学的に深刻な企図は女性3.1%，男性2.1%と差はない。さらに自殺既遂の手段において，女性は過量服薬が自殺既遂の30%を占めるのに比して，男性は6.7%に過ぎない[16)]。以上より，男性の方が致死的な自殺企図が多く，女性は過量服薬や自傷行為などの比較的致死的ではない自殺関連行動を繰り返しやすいと言える。

② 過去の自殺企図歴

過去の自殺企図歴は単独で最も強力な若年自殺の危険因子であり，自殺既遂のリスクが10～60倍に上昇することがBrentらをはじめとするケースコントロール研究や前方視的研究によって明らかとなっている[8)]。自殺企図の3～6か月後に再企図のリスクが最も高まり，企図後2年間は一般人口よりリスクが高いと，Lewinsohnら，Goldstonらは指摘している[11) 21)]。半年以内の再企図が多いことからは，自殺企図の症例においては半年間のフォローが重要といえる。

③ 精神疾患

思春期の自殺既遂者の90%近くが精神障害を有しており，精神障害があると自殺リスクが9倍になると報告されている[9)]。自殺企図者においても症例の約80%で精神病理学的状態が見られた[5)]。また精神医学的問題や診断のプロフィールは自殺企図者と既遂者で似通っていることが指摘されている[3) 12) 14)]。以下，主な精神障害について自殺行動との関連を述べる。

ⅰ）気分障害

精神疾患のなかでも気分障害は自殺企図・自殺既遂のいずれにおいても高頻度でみられると多数の研究で報告されている。思春期の自殺者のなかでうつ病は49～64%と最も高率にみられる[12)]。

ⅱ）物質乱用

アルコールや薬物などの物質乱用は気分障害と併存しやすいが[5) 28)]，思春期のなかでも特に年長の男児にみられやすい。また物質乱用・依存を有する割合が，自殺企図者において，希死念慮を有するが自殺企図には至らない者よりも多いことから，物質乱用が希死念慮を自殺企図に移行させる可能性が指摘されている[14)]。

ⅲ）行為障害

行為障害もまた，気分障害や物質乱用を併存することが多く，破壊的障害では若年者の自殺リスクを３～６倍高めるという報告もある[8) 28)]。気分障害，物質乱用，破壊的障害の組合せが若年者の自殺及び自殺関連行動に特に強力な組合せであるとされており，どれか一つの診断を満たすケースでは他の２つの併存にも注意を払う必要がある。

ⅳ）その他の精神障害

不安障害，特にパニック障害と心的外傷後ストレス障害（Posttraumatic Stress Disorder）が自殺関連行動と関連しているという報告がある。精神病に関しては，自殺および自殺企図のリスクを高め得るが，成人期若年までは精神病患者で自殺に至る頻度は高くないと言われている[2)]。摂食障害は自殺企図のリスクと相関しており，拒食症の自殺に関するメタアナリシスによると，14～25歳の拒食症の自殺による平均死亡率は一般人口の８倍にのぼるという報告がある[26)]。

以上のように精神疾患は思春期の自殺関連行動において密接な関連があるが，その疾患は多岐にわたっていることがわかる。しかしながら，全体として思春期の自殺では精神障害がよく見られるにもかかわらず，16歳以下の自殺既遂者の40%に診断可能な精神障害がなく，自殺の意図が低い場合には，致死的な自殺手段の入手可能性がより大きな役割を果たす傾向があるという指摘がある[8) 28)]。 後の項でも述べるが，特に年少者では，自殺の手段を遠ざけることが自殺予防の重要なポイントと言えそうである。

④ 自殺の致死的手段へのアクセスの制限

2014年９月に世界保健機関（World Health Organization，WHO）が発行したPreventing suicideによると，『自殺手段へのアクセスを制限することは効果がある。自殺や自殺企図を予防するための効果的な戦略は，農薬，銃器，特定の医薬品を含む最も一般的な手段へのアクセスを制限することである』とある[35)]。自殺の手段として，農薬，縊首，銃器が世界的にもっとも多いが，手段の選択は国や地域，その集団によって大きく異なっている。

銃が自殺の手段の大半として用いられる国はアメリカであるが，特に，アメリカの思春期・青年期においては家に銃があることが自殺既遂のハイリスク因子となることをBrent らが報告している。さらにBrentらは，家に銃があれば自殺の手段として用いられる可能性が高く，一方，銃がなければ自殺手段として選ばれることは少ない，と指摘している[6)]。銃の使用を制限することで銃による自殺率が低下することは多くの報告がある。シアトルとバンクーバーは全年齢の自殺率が同等であるが，バンクーバーの方が銃規制に関してより厳しい。この二つの都市について比較したSloanらは，15～24歳の自殺率はシアトルの方がバンクーバーよりも40%高く，特に拳銃による自殺率はシアトルがバンクーバーの10倍であったことから，銃規制法および銃へのアクセスが厳しいことと低い自殺率の間には関連があると指摘している[29)]。一方，欧州諸国では医薬品の過量服薬が２番目ないし３番目に多い自殺手段である。欧米では解熱鎮痛薬としてパラセタモール（アセトアミノフェン）が市販されているが，過量服薬により肝障害をきたすため，致死的な自殺の手段として問題視されてきた。フランスでは一度に購入できるパラセタモールの量を制限することにより，イギリスと比較して過量服薬による死亡率を４分の１に減少させることができた[16)]。同様にイギリスでもパラセタモールやサリチル酸のパッケージあたりの錠数の減少やブリスターパッケージ（PTP包装）の使用により死亡率を減らすことができた[17)]。こうし

た知見から，医療従事者の担う重要な役割として，医薬品の投与量を制限すること，患者やその家族に処方した薬物の危険性について情報提供すること，患者に服用量を遵守させること，ならびに，余った薬剤を処分させることなどの重要性が確認されている。

⑤ 家族背景

ⅰ）家族の自殺歴

家族の自殺歴は子どもの自殺既遂のリスクも自殺企図のリスクも高めるとされている。特に母親が自殺既遂した子どもの自殺は5倍近く起こりやすく，父親が自殺既遂していれば2倍起こりやすくなるという報告がある[1)]。 Glowinskiらの双生児研究では，片方の児が自殺企図をした場合，一卵性双生児ではオッズ比5.6，二卵性双生児でオッズ比4.0ともう片方の児が自殺企図をしやすく，遺伝性との関連が示唆されている[10)]。

ⅱ）家族の関係性

子どもと両親との不和が自殺の危険因子となるという報告も複数見られる。しかしBrent らは両親と自殺者双方の精神病理を調整すると，家族の不和と若年者の自殺との間に関連は弱まると報告しており，若年者の自殺には親子の関係性のみならず，両親の精神病理の影響が大きいことがわかる。特に家族の気分障害や物質依存・乱用は重要な危険因子とされている[7)]。さらにRubensteinは高校生の自殺関連行動において，両親の離別や離婚，さらには再婚が危険因子となることを指摘している。高校生の自殺関連行動を経験した割合が，両親の揃っている家庭の子どもで9%なのに比して，離婚家庭の子どもが20%，再婚家庭の子どもが38%であった。これは後に述べるように家族の凝集性が保護因子となり得るが，再婚家庭では凝集性が乏しく，子どものストレスが大きいためであると説明されている[27)]。

ⅲ）虐待

あらゆる虐待が若年者の自殺および自殺企図と深い関連があることについては多くの報告があるが，特に性的虐待の自殺企図への人口寄与危険度（Population Attributable Risk Percent: PAR）は，16.6～19.5%と推定され，性交に至るようなより深刻な性的虐待では自殺関連行動のリスクが更に高まる，とされている。大人や仲間と頻繁に喧嘩になるような対人関係上の困難さは幼少期の虐待と思春期の自殺企図と関連がある。心理的虐待を受けた子どもは健全な関係性を作るのに必要な社会性の発達が妨げられ，社会的孤立や対人衝突を起こしやすく，自殺関連行動のリスクを高めることになってしまう[19)]。

自殺企図をする子どもの背後には自殺リスクの高い大人がいることは松本がすでに強調しているが[22)]，本人自身の精神症状の評価とともに生育歴や家族の背景，家族と本人との関係性を評価することも重要であることがわかる。

⑥ ライフイベント

ⅰ）いじめ

本邦では，子どもの自殺の際にいじめの影響ではないかと取りざたされることが多い。しかし文献のレビューをみる限り，いじめが子どもの自殺に影響を与えるという報告は少なく，フィンランドの研究でKaltiala-Heinoらによって，いじめは加害者であれ被害者であれ，希死念慮を高めるという報告がされている程度である[20)]。

ⅱ）学校不適応

学校からのドロップアウトや不登校が自殺企図と関連していることに関しては，複数の国において報告がなされている。Wunderlichらによれば，ドイツの学校中退者は37倍自殺企図に至りやすい[36]。Breautraisらは，学校からのドロップアウト中や不登校後に自殺企図リスクが高まるとしており，深刻な自殺企図者は高校を中退して大学に進学していない率が高いことを指摘している[3]。

以上のことからは，いじめ問題だけではなく，学業面や適応面での評価を行い，子どもが学校において自分の居場所や意義を見出せているかという点にも目を向けることが重要であると言えるだろう。

ⅲ）喪失体験

喪失体験について，死別，離婚，生物学的両親の片方または双方との別居による両親の喪失は，自殺既遂の重大な危険因子であることがAgerboら[1]，Brentら[7]をはじめとして多数報告されている。Lewinsohnらは12歳以前の親の喪失と複数回の自殺企図との間に関連があるとも指摘している[21]。

⑦ 群発自殺，メディアの影響

子どもの自殺において，際立って他の世代と違う点は，群発自殺という現象がみられることである。思春期の自殺は既遂において有意に伝染や模倣のメカニズムがみられ，自殺企図においても同様の影響があることをGouldらは指摘しているが，これは思春期青年期に限定してみられる現象であると言う[13]。特に有名人の自殺は若年者に与える影響が大きい。日本では昭和61年に中学生のいじめ自殺，同年代のアイドル歌手の自殺がセンセーショナルに報道され，全国で同世代の若者の自殺が急増した。

メディアによって自殺が誇張され，美化され，過度に一般化されて報道されることにより，群発自殺が拡大していくと言われている。メディアには自殺を美化することなく，冷静に事実をありのままに報道する姿勢が望まれる[30]。WHOからも『自殺予防　メディア関係者のための手引き』が発表されているので，参照されたい。そこでは，自殺をセンセーショナルに扱わないこと，当然の行為のように扱わないこと，あるいは問題解決法の一つであるかのように扱わないことが強調されている。さらに報道のあり方として，過剰に繰り返し報道しないこと，自殺に用いられた手段や場所を詳しく伝えないこと，見出しや写真などの扱いに慎重を期すること，著名人の自殺を伝えるときには特に注意すること，など注意事項が述べられている[34]。

2. 保護因子：

家族との不和が自殺の危険因子となり得ることは既に述べたが，反対に家族の凝集性が高いこと，すなわち家族間での相互交流が多いことや興味の共有，情緒的支援が家族のなかで得られていると答えた学生は，同程度の抑うつやストレスのある者に比べて3.5～5.5倍自殺関連行動に至りにくいと報告されている[27]。

また学校とのポジティブなつながりや学業面での達成は，自殺関連行動に対する保護因子になるとの報告もある[4]。

Ⅲ．日本における先行研究のレビューから（表1）

本邦における思春期の自殺企図の臨床研究報告は数少ないが，救命救急センターに搬送された自殺企図症例について精神医学的評価を行った臨床研究を中心にいくつか報告されている。[18) 23) 24) 25) 31) 32)]

著者		本田, 2012	土岐, 2013	成重, 2012	三上, 2006	Murase, 2004	渡辺, 2013
施設		福岡大学救命救急センター	広島大学救命救急センター/精神科	日本医科大学高度救命救急センター	東海大学救命救急センター	中京病院（名古屋）ＩＣＵ	東京都立小児総合医療センター 児童精神科
対象	N	58 （うち10代は12名）	15	56	34	8	112
	年齢層	10代 （12歳～19歳、平均年齢16.9歳）	20歳未満 （15歳～19歳、平均年齢17歳）	19歳未満 （13歳～18歳、平均年齢16.4歳）	20歳未満	(13歳～)19歳	(10歳～) 18歳以下
性差（男女比）		58%/42%	20%/80%	25%/75%	11.8%/88.2%	25%/75%	34%/66%
自殺企図手段		飛び降り　58% 薬物中毒　34% （家庭用品75%、処方薬25%） 縊首　8%	大量服薬：93.3% 墜落：6.7%		過量服薬79.4% 飛び降り14.7% 一酸化炭素中毒2.9% 腹部刺創2.9%	過量服薬　7例 服毒　1例 物質乱用や飲酒者はなし	過量服薬　31% 飛び降り（未遂も含む）22% リストカット/アームカット/ネックカットなど　21% 縊首9% など
精神科的診断		F4　50% F3　34% F2　8% ※87.9%に精神疾患あり	情緒不安定性パーソナリティ障害26.7% 適応障害33.3% 解離性障害20% 広汎性発達障害13.3% 双極性障害6.7% 摂食障害の合併6.7%		気分障害26.5% 適応障害23.5% 破壊的行動障害5.9% 物質依存・乱用2.9% 精神病性障害17.6% 不安障害14.7% 広汎性発達障害11.8% 摂食障害2.9% 境界性人格障害5.9% ※79.4%に精神疾患あり	気分障害 75% 境界性人格障害38% 適応障害　13% 急性精神病13%	Ｆ２　17% Ｆ３　16% Ｆ４　35% Ｆ５　3% Ｆ６　2% Ｆ７　1% Ｆ８　14% Ｆ９　11%
心理社会的背景		対人関係33.3% 学業　25.0% 恋愛　25.0%	友人関係　20% 異性関係26.7% 家族関係26.7% 健康問題　20% 学業不振13.3% 失業　6.7% 不明　20% ※何らかの対人関係 60% 複数の問題 40%	健康問題89.1% （病気の悩み（うつ病等精神疾患）が多い） 家庭問題32.7% その他　30.9% （社会適応困難、社会的孤立など） 男女問題　20% 学校問題18.2%	家族問題50% 対人問題32.4% 学業問題17.6% 恋愛問題17.6% 反社会的問題2.9%	家族問題　88% 金銭問題　13% 健康問題　50% 学校問題　50% 友人問題　63%	家族問題　28% 学校問題　23% 友人問題　13% 恋愛問題　7%

1. 性差

前述の海外での報告と同様，自殺企図に関しては男性よりも女性が圧倒的に多く，いずれの報告でも女性が7～8割を占めていた。

2. 自殺企図の手段

自殺企図の手段としては本田らの報告では10代で飛び降りが多いが，他の報告では過量服薬が圧倒的に多く見られた。

3. 精神医学的診断

8割以上の例に何らかの精神疾患が認められたが，さらに詳しく精神医学的診断の内訳を見ると，気分障害と適応障害をあわせた割合が4～9割に達し，いずれの報告でも最も高頻度に見られた。次に統合失調症など精神病圏の割合は1～2割程度の頻度の施設が多かった。また破壊的行動障害や物質依存・乱用の割合は，本邦では海外の先行研究と比較すると少ない。若年者の広汎性発達障害の自殺企図に関する臨床研究は世界的にも極めて少ないが，土岐らの研究では13.3%に，三上らの研究では11.8%に広汎性発達障害を認めた。渡辺らの研究では，主診断が広汎性発達障害であった例は14%だったが，他の精神疾患に広汎性発達障害が併存する例も含めると42%に達した。

なお，10歳代と20歳代とで自殺行動の特徴を比較検討した本田らの研究では，10歳代は20歳代と比べると気分障害圏の割合が少なく，適応障害圏が多く認められた。本田らは10歳代では症状発現のあり方が非定型であるため，適応障害と診断した例の中に症状が出そろっていない気分障害の例が含まれる可能性や，環境への不適応として適応障害と診断された可能性を指摘している。三上らや渡辺らの報告でも差はあるものの気分障害圏の割合は成人と比較して相対的に低くなっている。

以上のように，子どもの自殺企図では，ほとんどの例に精神疾患が認められるため，まずは適切な評価・診断を下し，必要な治療・介入を行うことが重要である。その際には，適応障害例の多さ，環境因子の影響の大きさを考慮して，薬物療法などの生物学的治療のみならず環境への介入も必要であろう。また広汎性発達障害については，三上らによると，診断すること自体が自殺再企図予防の端緒となるため，子どもの自殺企図においては常に広汎性発達障害の可能性を念頭におくべきであるとしている。

4. 心理社会的背景

心理社会的背景では，家庭問題，学校問題，対人関係の問題，などが自殺企図の直接的な誘因となっていた。三上らは，再企図予防のためには，こうした直接的誘因の解決・回避だけではなく，自殺傾向を高める可能性のある自殺準備因子，すなわち精神障害と心理社会的準備因子を認識し，適切に介入することが重要であることを指摘している。

Ⅳ．おわりに

自殺予防の原則は危険因子を減らし，保護因子を強化することである。そこで，本稿では，若年者の自殺未遂に関する国内外の横断調査から，危険因子および保護因子について紹介した。海外の先行研究からは，危険因子として，女性，過去の自殺企図歴，精神疾患，自殺の致死的手段の可用性，家族の自殺歴・家族の不和・虐待などの家族背景，学校不適応・喪失体験などのネガティブなライフイベント，群発自殺に見られるようなメディアの影響が指摘されている。一方，保護因子として，家族の凝集性，学校とのつながりなどが挙げられる。本邦での未成年の自殺未遂に関する横断調査はいまだ少ないが，女性が多いこと，8割以上の例で精神疾患を有すること等，海外の研究と一致する知見が得られている。

若年者自殺に関する精神医学的研究分野において，国外では1980年代以降に欧米等を中心に疫学研究が行われ，現在は介入研究の段階にあるのに比して，日本では近年ようやく臨床研究の成果が報告され始めたばかりであり，未だ知見の蓄積は乏しいと言わざるを得ない。自殺企図に用いられる手段，家族や学校を含む心理社会的背景など，国や地域による実情も含めてエビデンスベースで正確に把握することが，本邦において効果的な若年者自殺予防対策を確立する上で不可欠である。そのために，今後も臨床研究に基づいた知見を蓄積していくことが必要である。

引用文献

1) Agerbo E, Nordentoft M, Mortensen PB: Familial, psychiatric, and socioeconomic risk factors for suicide in young people: nested control study. British Medical Jounal 325: 74, 2002.
2) Allebeck P, Allgulander C, Fisher LD: Predictors of completed suicide in a cohort of 50,465 young man: Role of personality and deviant behaiviour. British Medical Journal 297: 176-178, 1988.
3) Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT: Psychiatric contacts among youths aged 13 through 24 years who have made serious suicide attempts. Journal of American Academy of child and Adolescent Psychiatry 37: 504-511, 1998.
4) Borowsky IW, Ireland M, Resnick MD: Adolescent suicide attempts: Risks and protectors. Pediatrics 107: 485-493, 2001.
5) Brent DA, Perper JA, Moritz G, Allman C, Friend A, Roth C, Schweers J, Balach L, Baugher M: Psychiatric risk factors for adolescent suicide; A case-control study. Journal of the American academy of Child and Adolescent Psychiatry 32: 521-529, 1993.
6) Brent DA, Perper JA, Moritz G, Baugher M, Schweers J, Roth C: Firearms and adolescent suicide. A community case-control study. American Journal of Diseases of Children 147: 1066-1071, 1993.
7) Brent DA, Perper JA, Moritz G, Liotus L, Schweeers J, Balach L, Roth C: Familial risk factors for adolescent suicide: A case-control study. Acta Psychiatrica Scandinavica 89: 52-58, 1994.
8) Brent DA, Baugher M, Bridge J, Chen T, Chiappetta L: Age- and sex-related risk factors for adolescent suicide. Journal of American Academy of child and Adolescent Psychiatry 38:1497-1505, 1999.
9) Bridge JA, Goldstein TA, Brent DA: Adolescent suicide and suicidal behavior. Journal of psychiatry and psychiatry 47: 372-394, 2006.
10) Glowinski AL, Bucholz KK, Nelson EC, Fu Q, Madden AFP, Reich W, Heath AC: Suicide attempts in an adolescent female twin sample. Journal of American Academy of child and Adolescent Psychiatry 40: 1300-1307, 2001.
11) Goldston DB, Daniel SS, Reboussin DM, Rebous-sin BA, Frazier RH, Kelley AE: Suicide

attempts among formerly hospitalized adolescents: A prospective naturalistic study of risk during the first 5 years after discharge. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 38: 660–671, 1999.

12) Gould MS, Greensberg T, Veting DM, Shaffer D: Youth Suicide Risk and Preventive Interventions: A Review of the Past 10 Years. Journal of American Academy of child and Adolescent Psychiatry 42: 386-405, 2003.

13) Gould MS, Petrie K, Kleinman MH, Wallenstein S: Clustering of attempted suicide: New Zealand national data. International Journal of epidemiology 23: 1185-1189, 1994.

14) Gould MS, King R, Greenwald S, Fisher P, Schwab-stone M, Kramer R, Flisher AJ, Goodman S, Canino G, Shaffer D: Psychopathology associated with suicidal ideation and attempts among children and adolescents. Journal of American Academy of child and Adolescent Psychiatry 37: 915-923, 1998.

15) Grunbaum JA, Kann L, Kinchen SA, Williams B, Ross JG, Lowry R, Kolbe L: Youth Risk Behavior Surveillance-United Ststes 2001. MMWR Surveillance Summary 51(SS4): 1-64, 2002.

16) Gunnell D, Hawton K, Murray V, Garnier R, Bismuth C, Fagg J, Simkin S: Use of paracetamol for suicide and non-fatal poisoning in the UK and France: Are restrictions on availavility justified? Journal of Epidemiology and community Health 51: 175-179, 1997.

17) Hawton K, Townsend E, Deeks J, Appleby L, Gunnell D, Bennewith O, Cooper J: Effects of legistlation restricting pack sizes of paracetamol and salicylate on self poisoning in the United Kingdom: Before and after study. British Medical Journal 322: 1203-1207, 2001.

18) 本田洋子，衞藤暢明，松尾真裕子，喜多村泰輔，石倉宏恭，西村良二：19歳以下の重症自殺企図者の臨床的検討 ―20代との比較から―．日本社会精神医学会雑誌 21(2)：156-166, 2012.

19) Johnson JG, Cohen P, Gould MS, Kasen S, Brown J, Brook JS: Childhood adversities, interpersonal difficulties, and risk for suicide attempts during late adolescence and early adulthood. Archives of General Psychiatry 59: 741-749, 2002.

20) Kaltiala-Heino R, Rimpela M, Marttunen M, Rimpela A, Rantanen P: Bullying, depression, and suicidal ideation in Finnish adolescents: school survey. British Medical Journal 319: 348-351, 1999.

21) Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR: Adolescent suicidal ideation and attenpts: Prevalence, risk factors, and clinical implications. Clinical Psychology Science and Practice 3: 25-36, 1996.

22) 松本俊彦：自傷・自殺する子どもたち．合同出版，2014.

23) 三上克央，猪股誠司，早川典義，大屋彰利，安藤英祐，大園啓子，市村 篤，松本英夫：思春期における自殺企図の臨床的検討；入院を必要とした症例を中心に．精神医学 48(11): 1119-1206, 2006.

24) Murase S, Honjo S, Kaneko H, Arai S, Nomura K, Hashimoto O, Ohta T: Clinical

characteristics of serious Japanese adolescent suicide-attempters admitted to an intensive care ward. Japanese Journal of Child and Adolescent Psychiatry 45(Supplement) : 25-34, 2004.

25) 成重竜一郎，川島義高，齊藤卓弥，大久保善朗：児童・青年期の自殺未遂者の原因・動機に関する検討．児童青年精神医学とその近接領域 53(1) : 46-53, 2012.

26) Pompili M, Mancinelli I, Girardi P, Ruberto A, Tatarelli R: Suicide in Anorexia Nervosa: A meta-analysis. International Journal of Eating Disorders 36: 99-103, 2004.

27) Rubenstein JL, Halton A, Kasten L, Rubin C, Stecher G: Suicidal behavior in adolescents: Stress and Protection in different family contexts. American Journal Orthopsychiatry 68: 274-284, 1998.

28) Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M: Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Archives of General Psychiatry 53: 339-348, 1996.

29) Sloan JH, Rivara FP, Reay DT, Ferris JA, Kellermann AL: Firearm regulations and rates of suicide. A comparison of two metropolitan areas. New England Journal of Medicine 322: 369-373, 1990.

30) 高橋祥友：セラピストのための自殺予防ガイド．金剛出版，2009.

31) 土岐 茂，光元麻世，日域広昭，町野彰彦，岡本泰昌，谷川攻一，山脇成人：救命救急センターより紹介された思春期自殺企図例．精神医学 55(2) : 151-156, 2013.

32) 渡辺由香，尾崎 仁，近藤直司：（小児・思春期精神医学38）子どもの自殺関連行動．精神科 24(1) : 128-134, 2014.

33) World Health Organization: Suicide rates and absolute numbers of suicide by country. 2002.
① Availableonline: http//www.who.int/mental_health/prevention/suicide

34) World Health Organization: 自殺予防 メディア関係者のための手引き 日本語版　第2版. 2007.
① Availableonline: http://ironnakokoro.sunnyday.jp/siryou/supre_media.pdf

35) World Health Organization:自殺を予防する 世界の優先課題. 2014.

36) Wunderlich U, Bronisch T, Wittchen HU: Comorbirity patterns in adolescents and young adults with suicide attempts. Eur Arch Psychiatry Clinical Neuroscience 248: 87-95, 1998.

第1章　総論的な危険因子／保護因子

2．国内外のエビデンス

3）未遂者の前方視的な追跡調査による知見

東京都立松沢病院精神科
医員　杉本　達哉

- 前方視的な追跡調査は，自殺の危険因子および保護的因子を明らかにする研究手法としては最もエビデンスレベルの高いものである。本項では，自殺未遂者に関してこの研究手法を用いた主要な先行研究をレビューした。
- 本邦では，大きなサンプルでの追跡研究はない。
- 主要な医学雑誌に限定し，Pubmedで((("Adolescent"[Mesh]) OR "Child"[Mesh]) AND "Suicide, Attempted"[Mesh]) AND "Prospective Studies"[Mesh]の検索式を行ったところ，条件を満たす論文は5つであった。
- 5本の論文の中では，母親の自殺企図歴，15歳時の希死念慮，軽微な精神病症状が特に高い危険因子であった。
- 今後は，本稿で取り上げた海外の先行研究を参考にしながらさしあたっての対策を講じるとともに，本邦においても若年者に関する自殺未遂者の追跡調査を実施することが望まれる。

Ⅰ．はじめに

横断研究に対して追跡調査（縦断研究）は，対象集団を調査・追跡（通常は長期間）することで対象集団の自然経過を観察することができる。相対危険度の解析が可能で，危険因子と保護的因子の研究に適している。

本項では前項に引き続き，危険因子，保護因子を明らかにすることを目的に，主要な医学雑誌に掲載された若年者の未遂者縦断調査についてレビューを行った。なお，本邦では規模の大きい若年者の未遂者縦断調査は行われていない。

ここでは，若年者の未遂者追跡調査，それに準ずる縦断研究による知見を紹介する。なお本邦には，現在までのところ，若年の自殺未遂者を対象とした追跡調査の報告をはない。このため，本項では海外の先行研究に関する文献をレビューすることを，あらかじめお断りしておく。

Ⅱ．方法

The Journal of the American Medical Association（JAMA），JAMA psychiatry，American Journal of Medicine，American Journal of psychiatry，Lancet，British Medical Journal，British Journal of Psychiatry，The New England Journal of Medicineに限定し，Pubmed

で((("Adolescent"[Mesh]) OR "Child"[Mesh]) AND "Suicide, Attempted"[Mesh]) AND "Prospective Studies"[Mesh]の検索式を行った。

計40本の論文が該当し，若年者に対する研究であること，自殺企図者の危険因子，防御因子の検証を行っていること，前向き研究であること，特定疾患に限定されていないものを適応論文とした。

Ⅲ. 結果

1.合致した先行研究

上記条件で以下の５つの先行研究が合致した（掲載年順）。

① Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: a cohort study.
Mittendorfer-Rutz E, Rasmussen F, Wasserman D:
Lancet 364 (9440): 1135-1140, 2004.

② Maternal Suicidality and Risk of Suicidality in Offspring : Findings From a Community Study.
Lieb R, Bronisch T, Höfler M, Schreier A, Wittchen HU:
Am J Psychiatry 162: 1665-1671, 2005.

③ Adolescent Suicidal Ideation as Predictive of Psychopathology, Suicidal Behavior, and Compromised Functioning at age 30.
Reinherz HZ, Tanner JL, Berger SR, Beardslee WR, Fitzmaurice GM:
Am J Psychiatry 163: 1226-1232, 2006.

④ Familial Pathways to Early-Onset Suicidal Behavior: Familial and Individual Antecedents of Suicidal Behavior.
Melhem NM, Brent DA, Ziegler M, Iyengar S, Kolko D, Oquendo M, Birmaher B, Burke A, Zelazny J, Stanley B, Mann JJ:
Am J Psychiatry 164: 1364-1370, 2007.

⑤ Psychotic Symptoms and Population Risk for Suicide Attempt A Prospective Cohort Study.
Kelleher I, orcoran P, Keeley H, Wigman JT, Devlin N, Ramsay H, Wasserman C, Carli V, Sarchiapone M, Hoven C, Wasserman D, Cannon M:
JAMA Psychiatry 70: 940-948, 2013.

2.各論文の要約

研究①：Restricted fetal growth and adverse maternal psychosocial and socioeconomic conditions as risk factors for suicidal behaviour of offspring: a cohort study.

（目的）

胎児の成長と妊娠中・出産時の複雑な問題と，子どもの成人期早期の自殺と自殺企図との関係を調査すること，母親の心理社会的，社会経済的な状態と子どもの自殺関連行動を調査すること。

（方法）

本研究は以下の６つのデータを相互に連結させたコホート研究である。

The medical birth register，the 1990 population and housing census，the multi-generation register，the cause of death register，the inpatient care register，the register of the total population。

1973年～1982年にスウェーデンにて出生した713,370人を1999年までフォローし，出生時のデータとその後の自殺企図を検証した。

対象は出生体重が800g～6000g，出生時の身長が39㎝～60㎝，妊娠期間が28週～45週の範囲とした。母親の社会経済状況の指標として母親の教育歴を用いた。自殺，自殺企図は10歳以降のデータに限定した。自殺企図のその後に自殺既遂に至った症例は自殺企図から除外し，自殺既遂と分類した。

（結果）

対象者は平均22.7年間追跡し，出生時の平均体重は3509g，平均身長50.5㎝，妊娠期間39.7か月であった。

以下の点で有意差が認められた。

基準とした出生体重（3250～3749g）と比較して，出生時が低体重（800～2499g）であった群は２倍の自殺既遂リスクを示し（ハザード比: 2.06），出生時の母親の年齢が20歳～29歳と比較して10代の母親から生まれた群は２倍の自殺既遂リスクを示し（ハザード比：2.28），母親の教育水準が大卒以上と比較して，教育歴10～12年（スウェーデンにおける高校中退または卒業）の群は自殺既遂リスクが高い（ハザード比：1.26）。

自殺企図のリスクでは，出生時の低体重（800～2499g，ハザード比：1.42），50～51cmを基準とした出生時の低身長（39～47㎝，ハザード比：1.32），妊娠高血圧（ハザード比：1.27），帝王切開（ハザード比：2.28）がリスクであった。母親の経産回数では，第２～３子と比べて，第４子以降は自殺企図のリスクがある（ハザード比：1.65）。さらに母親の低い教育水準（教育歴９年以下，ハザード比：1.54）（教育歴10～12年，ハザード比：1.36），10代の母親（ハザード比：2.06）がリスクであった。逆に，出生時の母親の年齢が20歳～29歳と比較すると，出産時年齢が29歳以上であることは子どもの自殺関連行動に対して保護的な影響を与えていた（ハザード比：0.85）。

低体重なら低身長であることは当然であるので，同質のものとみなし，自殺既遂においては体重を，自殺企図においては低身長を用いて多変量解析を行った。自殺既遂において，強く関連があったのは，出生時の母親の年齢が10代（ハザード比：2.30），妊娠期間を調整した上での800～2499gの低体重（ハザード比：2.23）であった。自殺企図において有意差があったのは，妊娠期間を調整した上での低身長（39～47㎝，ハザード比：1.29）（48～49㎝，ハザード比：1.32），第４子以降（ハザード比：1.79），出生時の母親の年齢が10代（ハザード比：2.09），母親の低い教育水準（教育歴９年以下，ハザード比:1.36）（教育歴10～12年，ハザード比:1.24）であった。

（考察）

本研究は一般人口を対象とした大きなサンプルの研究である。本研究の限界は入院データから

自殺企図を抽出したので企図後に入院しなかったケースが含まれていないこと，10歳から26歳までの自殺関連事象しか扱わなかったことである。

過去の研究では，低体重や低身長が統合失調症などの精神疾患の増加と関連しているという報告はあるが，自殺，自殺企図については関連がないと報告されている。母親の低い社会経済状況（本研究では母親の教育水準を指標とした），10代の出産がリスクとなるのは過去の報告と一致している。複数の出産経験がある母親から生まれた子どもについての報告はほとんどないが，統合失調症などの精神疾患のリスクが高くなると言われている。

研究②：Maternal Suicidality and Risk of Suicidality in Offspring: Findings From a Community Study.

（目的）

一般住民サンプルを用いて，母親の希死念慮，自殺企図の既往と，子どもの自殺念慮，自殺企図の頻度と発現年齢との関係を検証する。それを通して家族内の自殺傾向の継承についての理解を深めることがこの研究の目的である。

（方法）

1994年のミュンヘンの人口動態統計から無作為に14歳～24歳の4809人を抽出し，その内の3021人（14歳～17歳：1395人，18歳～24歳：1626人）に構造化した面接を行うことができた。その3021人を14.3か月～25.7か月の間に1回目の追跡面接を行い，34.1か月～49.6か月の間に2回目の追跡面接を行った。

子どもの面接は2回目まで完了し，かつ生物学的な母親の面接が行えた933組を本研究の調査対象とした（男子48.9%，女子51.1%）。

（結果）

自殺関連事象を認めた割合は，母親933人中，自殺関連事象なしは65.8%（612人），希死念慮のみは31.9（300人），自殺企図歴（＋）は2.3%（21人）であり，子ども933人中，自殺関連事象なしは63.4%（608人（男子342人，女子266人）），希死念慮のみは31.6%（283人（男子121人，女子163人）），自殺企図歴（＋）は5.0%（42人（男子11人，女子31人））であった。

親の自殺関連事象と子どもの自殺関連事象の関係では，希死念慮のみの母親の子どもは自殺関連事象のない母親の子どもと比較して希死念慮のリスクが少し上がる（オッズ比：1.7）が，自殺企図には影響しなかった。一方，自殺企図のあった母親の子どもは，自殺関連事象のない母親の子どもと比較して，希死念慮（オッズ比：5.1），自殺企図（オッズ比：9.0）ともにリスクが非常に高くなった。また，自殺企図のあった母親の子どもは，希死念慮のみの母親の子どもと比較すると，子どもの希死念慮のリスクはオッズ比3.0，子どもの自殺企図のリスクはオッズ比9.7であった。上記の傾向は，母親の背景要因を調整しても同じであった。

母親の不安障害やアルコール関連障害の併存を調整しても，上記の結果は同様で，大うつ病性障害の有無で検討しても違いは見いだせなかった。

子どもの初めて自殺企図した年齢を検討すると，自殺企図のあった母親の子どもは自殺関連事象のない母親の子どもと比較すると，より早い時期から自殺企図を認める傾向にあった。希死念

慮のみの母親の子どもでは自殺関連事象のない母親の子どもと比較して，そのような結果は認めなかった。

（考察）

本研究では二つのポイントがある。一つは，子どもの自殺関連行動は少しだけしか母親の希死念慮の影響を受けないが，母親の自殺企図は大きなリスクとなる。自殺関連事象が家族内で凝集するという過去の研究を超えて，本研究では希死念慮と自殺企図とでは家族内で違う影響を持つかもしれないということを示し，その示唆は母親の社会的背景に関係ないことを示した。

もう一つは，自殺関連事象に関連した母子関係は，母親の精神病理では説明できない。これは過去の研究と反する。

研究③：Adolescent Suicidal Ideation as Predictive of Psychopathology, Suicidal Behavior, and Compromised Functioning at age 30.

（目的）

思春期の希死念慮が，成人期の機能障害や精神疾患と関連する指標になっていることに注目した。その上で，一般住民集団を調査して，15歳時の希死念慮と，30歳時の精神医学的症状，希死念慮，問題行動，機能障害との関連性を調査した。

（方法）

1977年に5歳であった763人を地域社会の中から抽出し，1987年，15歳時（9年生）に思春期の希死念慮を評価し，2002年，30歳時に面接をして，精神医学的症状，希死念慮と自殺関連行動，自殺関連行動，成人の社会機能を評価した。

最終的に15歳時と30歳時で完全なデータが取得できた346人（男性166人，女性180人）を対象者とした。346人の背景は，98%が白色人種で，96%がフルタイム就労者または子どものいる専業主婦（主夫）で，39%が大卒で，43%が面接時点で結婚しており，36%に子どもがいた。多く（74.9%）が中流階級の範疇に入る。

ちなみに，30歳まで追跡できた群とそうでない群とでは，背景に差はなかった。

（結果）

30歳時点の状態を15歳時に希死念慮のある群（76人）とない群（270人）とで比較すると，以下のことが明らかにされた。

- 精神医学的症状と自殺関連行動については，15歳時に希死念慮があった群では男女ともに，1軸疾患がやや高い傾向にあり（オッズ比：1.86，不安障害はオッズ比：2.56），直近の4年間では希死念慮を認める場合が多く（オッズ比：15.06），15歳～30歳の間に自殺企図を経験していることが多い（オッズ比：11.73）。
- 問題行動については，男女ともに15歳時に希死念慮があった群では優位に多い（p＝0.000，p＝0.016）
- 社会的機能については，全般的機能（p＝0.000），社会・就労能力（p＝0.000），自尊心（p＝0.000），対処能力（p＝0.006）が男女とも有意に低く，対人問題（p＝0.003），社会援助の必要性（p＝0.000）が男女とも有意に高かった。社会経済状況は男女で差があり，男

性では15歳時点で希死念慮がある群が，年収が有意に低かったが，女性では差がなかった。男女とも大卒率，婚姻率，挙児率に差はなかった。30歳時点の親との同居は，男性では15歳時点の自殺念慮がある群が有意に多く，女性では差はなかった

（考察）

本研究の限界は，大部分が白色人種であることなど，対象に偏りがあること，症例数が少ないことである。この論文の強みは，幼少期から大人までを自然な状態で前向きに調査したことである。

本研究では，男性においてのみ，15歳時に希死念慮を認めた群では，経済状態が低く，独居している割合や持ち家の割合が低くなっていたが，実はこの研究の幼少期のデータでも似たような傾向が見て取れた。それは，15歳時に希死念慮を認めた男性は，5歳時と9歳時に，より母親に依存的であると評価され，9歳時はより多くの健康問題を有していた。このような幼少期の問題は，後の社会機能における脆弱性を示唆するかもしれない。

研 究 ④：Familial Pathways to Early-Onset Suicidal Behavior：Familial and Individual Antecedents of Suicidal Behavior.

（目的）

若年者の自殺企図の危険因子や予測因子を調査する目的で，気分障害の親の自殺企図歴の有無と子どもの自殺関連行動との関連を検証した。また，親と子どものその他の背景と子どもの自殺企図についても調査した。

（方法）

ピッツバーグとニューヨークの精神科医療機関に通う212人の気分障害者の子ども400人から，登録時にすでに自殺企図歴のあった35人を除いた365人が対象である。本研究がアウトカムとしているのは，対象者の初めての自殺関連事象であり，登録時とその後1年ごとに親と対象児に構造化面接を行い，平均2.4年間（1～6年）追跡した。親の自殺企図の有無で2群に分けて（無205 vs 有160），対象者の自殺関連事象を調査した。調査内容は，面接にて精神科診断，自殺関連事象，攻撃性，身体的/性的虐待歴を，自記式にて衝動性，ベックのうつ病尺度（抑うつ症状と希望のなさ），ネガティブな出来事を評価した。

対象者の多くが青年期年齢（平均年齢20歳，標準偏差9歳）にあり，75%が白人で，親の年収の平均は3万ドル～4万ドルであった。

自殺関連事象とは，自殺企図または緊急の専門治療を要するような希死念慮，治療の大きな変更を余儀なくされるような希死念慮とする。また，ここでいう自殺企図は，「死の意図をもって行った自己破壊行動，または死の意思が推定できるような自己破壊的行動」と定義する。ちなみに，自殺企図をした群のプロファイルと希死念慮を訴えて緊急の専門治療を要した群のプロファイルは似ているので，後者も自殺関連事象としても問題ないと見なした。

研究登録時にすでに自殺企図歴が認められた35名は，研究後に初めて自殺企図を認めた群と似たプロファイルを示したが，以下の3点に関しては相違点が認められた。それは，その35名の者では女性が多く，性的虐待歴があり，より早期に最初の自殺関連行動が認められていたとい

う点である。

（結果）

365人中20人に新しい自殺関連事象を認めた（5.5%）。

新しい自殺関連事象を認めた群と認めなかった群の登録時のプロファイルを比較すると，自殺関連事象を認めた群では，感情障害と診断された者が多く（$p < 0.001$），抑うつ症状を認めた児が多く（$p < 0.04$），攻撃性が高く（$p < 0.02$），衝動性が高く（$p < 0.001$），衝動的攻撃性が高く（$p < 0.001$），ベックの抑うつ尺度が高かった（$p < 0.04$）。また，自殺関連事象を認めた群の親に自身の性的虐待歴が多く（$p = 0.003$），自身の自殺企図歴が多かった（$p = 0.008$）。

親の自殺企図歴のある/なしで分けて検討すると，親に自殺企図歴がある場合は，ない場合に比べて対象者の自殺企図のリスクは6.5倍で，自殺企図以外の自殺関連事象のリスクは4.4倍である。

自殺企図のある親を持つ群と自殺企図のない親を持つ群との2群間でのカプラン―マイヤーの生存曲線でも有意な差を認めた。

（考察）

本研究は，若年者の自殺企図のリスクを検証した数少ない前方視的研究の一つであり，結果は横断研究や後方視研究と似ていた（児の気分障害，衝動的攻撃性と親の性的虐待歴，自殺企図歴，主観的な抑うつ気分がリスク）。

本研究の限界は3つある。第一に，研究対象とする上では自殺企図はまれな現象であるので，症例数が少ない中での検討であることであり，第二に，本研究では緊急の専門治療を要するような希死念慮を自殺企図と同じように扱っていることである。そして最後に，家族の攻撃性に関してはいっさい取り上げていないことである。

若年者の自殺企図を防ぐには，うつ病対策は重要であるが，それだけでは十分でなく，衝動的攻撃性や親の性的虐待歴も自殺企図のリスクになる。衝動的攻撃性に対しては，成人と同様に心理社会的な介入や薬物治療を行うことが必要と考える。

研究⑤：Psychotic Symptoms and Population Risk for Suicide Attempt A Prospective Cohort Study.

（目的）

思春期の精神病症状が将来の自殺企図のリスクになるかを評価する。

（方法）

学校を介して集めた13歳～16歳のアイルランドの1112人を，開始時，3か月後，12か月後に精神医学的症状，精神病症状，自殺関連行動を自記式評価尺度にて評価した。評価尺度は精神医学的症状には長所・短所質問票（Strengths and Difficulties Questionnaire; SDQ）を，精神病症状には青年期精神病症状スクリーニング（Adolescent Psychotic Symptoms Screener）を，自殺関連行動にはペイケル自殺尺度（Paykel Suicide Scale）を用いた。以上の変数を用いて，精神病症状の有無と自殺企図の関係について検討した。また，開始時のSDQ高得点者を精神病理群とし，精神病理群内で精神病症状の有無と自殺企図の関連を検討した。

なお，本研究では，ペイケル自殺尺度の評価で緊急性が高いケースについては専門医の紹介を行っている。

（結果）

開始時に評価できた1112人のうち3か月後の調査ができたのが1006人（90%），12か月後の調査ができたのが973人（88%）であった。ペイケル自殺尺度で高得点であったために専門医へ紹介した対象者は，開始時に83人，3か月後の調査時に53人，12か月後の調査時に43人であった。

自殺企図の報告は3地点の評価の合計で45人，96企図であった。自殺既遂はなかった。

開始時に精神病症状（－）群では3か月後の評価までに1%で自殺企図を認め，12か月後の評価までに2.5%で自殺企図を認めた。それに対して精神病症状（＋）群では7%, 20%であった（全サンプルと比較した精神病症状（＋）でのオッズ比は3か月後：10.01，12か月後：11.27）。

精神病理群では23%が精神病症状を有していたが，一方，非精神病理群群で精神病症状を有するのは4%であった。精神病理群内での検討では，精神病症状（－）群で，3か月後の評価までに3.5%が，12か月後の評価までに13%が自殺企図を認めた（全サンプルと比較した精神病理群かつ精神病症状（－）でのオッズ比は3か月後：0.58，12か月後：4.62）。それに対して精神病症状（＋）群では3か月後の評価までに14%が，12か月後の評価までに34%が自殺企図を認めた（全サンプルと比較した精神病理群かつ精神病症状（＋）でのオッズ比は3か月後：17.91，12か月後：32.67）。

評価日の手前2週間以内に自殺企図を認めた群を「急性自殺企図acute suicide attempts」と定義すると，急性自殺企図を認めた群では80%近くが精神病症状を有した（症例数の明記なし）。一方，精神医学症状を有し自殺企図を認めなかった群に比べて，精神医学症状を有して自殺企図を認めた群では，感情障害と行為障害が有意に多かったが，精神病症状の有無を調整すると，それらの有意差は認めなかった。また，同様の比較で，精神症状を有して自殺企図を認めた群では，SDQにおいて精神障害（感情障害，素行障害，多動性障害など）の特徴が複数領域にわたって認められたが，精神病症状の有無で調整するとその傾向は認めなくなった。

（考察）

本研究は，一般社会の若年者（思春期）を対象とした追跡調査で，精神病症状が自殺企図の高いリスクとなること示した。特に精神医学症状のある若年者に精神病症状が伴えば，その傾向が強くなる。

精神医学症状があり，かつ精神病症状を欠く群では，全サンプルと比較し3か月後までの自殺企図では差はなかったが，12か月後には自殺リスクが高くなった。もしかすると，このグループは, 自殺企図に至った時には精神病症状を経験していたかもしれない。これを検証するために，評価前2週間以内に自殺企図を認めた症例を追加で分析し，精神医学症状を有する者の中では，精神病症状が非常に高リスクであることが明らかにされた。さらにいうと，精神病症状と自殺企図の関係は, 精神病症状のない精神医学症状やそれらの複数の併存よって説明することができず，精神病症状こそが自殺企図の最も重要な危険因子である可能性が示された。このことは，精神医学症状を有する者が精神病症状を訴えた時には，自殺リスクを認識すべきことを示唆している。

なお，本研究でいう精神病症状の多くは，明らかな幻聴というよりも，現実検討能力が保たれている程度の軽度の精神病症状である。

Ⅳ. おわりに

研究①は記録のみから得られるデータであり，対面面接を行っている他の研究のような細やかで実感の伴ったデータではない。したがって，参照にあたっては慎重を要するであろう。その結果は，自殺既遂では，母親の出産年齢が10代，出生時の低体重（800～2499g）が将来における自殺リスクであり，自殺企図全体では低身長，第4子以降，母親の出産年齢が10代，母親の低い教育水準であることを示した。しかし，これらの要因と自殺行動との関連がどのような状況で発生しやすいのかを別途調査したうえで，最終的に自殺の危険因子を吟味する必要がある。またいずれの結果も，この研究が示唆する危険率は，他の自殺の危険因子に関する研究と比べてさほど高いものではなく，その意味でも結果を本邦で活かすのであれば，背景要因を検討したうえで，介入・支援の対象とする自殺ハイリスク群をさらに絞っていく必要がある。

研究②では，母親の希死念慮のエピソードは子どもの希死念慮，自殺企図にはあまり関係なく，母親の自殺企図のエピソードが子どもの希死念慮，自殺企図に大きく影響していることを示しており，驚くべきことに，その危険率は9.0という高い数値を示した。このことは，今後本邦でこの研究成果を活かす際には，母親の（自殺念慮ではなく）自殺企図のエピソードに着目することが重要であることを示唆している。

研究③は，15歳時に希死念慮が存在することは，その後30歳までの自殺企図の極めて高い危険因子になることを示唆している（オッズ比：11.73）。また15歳時に希死念慮が存在することは，その後に問題行動が出現する可能性が高いことも示唆された。今後本邦で活かすとすれば，中学校などで希死念慮のスクリーニングを行い，希死念慮のある群をフォローすることで将来の自殺企図のみならず，問題行動の軽減にも有効かもしれない。

研究④では，感情障害，抑うつ症状，高い攻撃性，高い衝動性，親自身の性的虐待歴が将来の自殺企図のリスクであることが示され，すでに横断研究で示唆されていることが追跡研究でも証明された結果となった。親自身の性的虐待歴が子どもの自殺企図に関係している点が興味深く，若年者の自殺企図を扱う際には親のメンタルヘルスにも注目する必要があることを改めて認識させられた。本人自身の虐待歴については症例数が少ないことや，登録時にすでに自殺企図歴がある例は除外したことで，この研究内では検討が出来なかった。ただ，すでに自殺企図歴があり除外となった群では有意に自身の性的虐待歴が多かったことから，性的虐待歴は早期の自殺企図に関係しているかもしれない。

上記⑤では，精神病症状を有することで1年後の自殺企図のリスクはオッズ比で11.27と高い値が示された。幻覚・妄想は，若年者において実際の精神病性障害よりもずっと高率に認められることが報告されており，最近のメタ解析では9～12歳では17%，13～18歳では7.5%に精神病症状を認めると報告している。すなわち，上記⑤の精神病症状とは，精神病性障害を指すものではなく，このように若年者に広く認める精神病症状をさす。これらを丹念に評価することで，自殺企図の予測が可能ではないかと論文内では提案している。論文内で明らかにされたオッズ比も高く，今後は本邦で検証すべきテーマであるとと考える。

若年者の自殺既遂の危険因子を明らかにするためには，莫大な対象者を追跡調査する必要がある。また，自殺既遂者と自殺企図者のプロファイルは似ていることが多くの調査で報告されている。それゆえ，自殺既遂より頻度の多い自殺未遂の危険因子を明らかにすることで，自殺既遂の予防に応用することができるといえるであろう。実効性のある若年者の自殺予防対策を行うため

にも，上記の自殺企図の危険度が高い集団に注目し，わが国でもこうした海外の先行的な知見を検証することが求められる。

第2章　各論　～精神障害との関連～

1．気分障害

日本医科大学付属病院精神医学教室
助教　成重　竜一郎

- 文献検索から若年者の気分障害と自殺関連行動に関連した文献についてレビューを行った。
- 気分障害の有病率は若年者においても成人と大きく変わらず，若年者においても非常にありふれた疾患である。
- 気分障害は若年者においても成人と同様自殺企図の最も重要な誘因である。
- 抗うつ薬は自殺関連事象の危険性を高めるが，気分障害自体による自殺の危険性も高く，自殺予防のために気分障害に対する適切な治療を行うことは重要である。

Ⅰ．はじめに

気分障害は大うつ病性障害，双極性障害等気分の異常を主症状とした精神疾患の総称である。一般にはうつ状態を呈する疾患を広く「うつ病」と呼んでいるが，精神医学の診断分類上「うつ病」の中には，比較的重度のうつ状態である大うつ病性障害（病相が単回のものと反復するものがある），比較的軽度のうつ状態が長期間持続する気分変調性障害，双極性障害のうつ病相等が含まれる。

本稿においては若年者の気分障害と自殺関連行動との関連についての知見を整理することを目的に，PubMedにおける‘suicide’，‘depression’，’ youth’をkey wordとした英文誌の文献検索及びメディカルオンラインにおける‘自殺’，‘思春期’をkey wordとした和文誌の文献検索から若年者の気分障害と自殺関連行動に関連した文献を抽出し，レビューを行った。

Ⅱ．若年者における気分障害の疫学

Hasinらによる米国のデータでは，DSM-Ⅳにおける大うつ病性障害の12か月有病率が5.28%であり，特に18歳から29歳の若年者においては6.39%と報告されている[6]。また，Costelloらのメタアナリシスによると，児童思春期年代におけるうつ病の有病率は13歳未満で2.8%，13歳から18歳で5.6%であった[2]。

我が国における大うつ病性障害の12か月有病率はKawakamiらにより2.9%と報告されているが[11]，児童思春期年代については傳田らが小中学生3,331人を対象にBirleson自己記入式抑うつ評価尺度を用いた抑うつ症状の調査を行っており，小中学生の13.0%（小学生7.8%，中学生22.8%）でカットオフ値を超えた得点を示し，2.6%（小学生1.6%，中学生4.6%）がうつ病と推

定できるとしている[3]。また，佐藤らは同様の調査を小学4-6年生3,324人に行い，11.6%でカットオフ値を超えた得点を示したと報告している[18]。

双極性障害の生涯有病率はかつて0.5%程度と考えられていたが，近年双極性障害の概念が拡大する中で，Merikangasらによる米国での調査においては双極Ⅰ型障害（うつ病相と躁病相が反復するタイプ）の生涯有病率が1.0%，12か月有病率が0.6%，双極Ⅱ型障害（うつ病相と軽躁病相が反復するタイプ）の生涯有病率が1.1%，12か月有病率が0.8%と，従来考えられていたよりも高い有病率が報告されている[14]。双極性障害についても小児期から病相が認められる場合が多く，Van Meterらのメタアナリシスによると，小児期発症の双極性障害の有病率は1.8%であり，成人での有病率と大きく変わらないことが明らかになっている[20]。

以上の知見からは，気分障害は有病率が高いありふれた疾患であり，かつ児童思春期年代においても成人同様の頻度で認められることがわかる。

Ⅲ. 若年者の気分障害と自殺関連行動

大うつ病性障害あるいは双極性障害におけるうつ病相においては抑うつ気分や悲観的思考，自責感等から希死念慮を抱きやすく，希死念慮や自殺企図は診断基準にも含まれている。実際に気分障害における自殺の危険性は一般人口の10-20倍と言われている[17]。

若年者においても大うつ病性障害や双極性障害は希死念慮や自殺企図と深く関係しており，Liuらは，ハンガリーの精神科医療施設においてDSM-Ⅳにおける大うつ病性障害と診断された7歳から14歳の小児635人を調査し，希死念慮を抱いたことがあった者が67.5%，自殺念慮を抱いたことがあった者が47.6%，自殺を計画したことがあった者が29.8%，自殺を企図したことがあった者が11.6%と報告している[13]。また，Hauserらのメタアナリシスによると，小児期発症の双極性障害においては57.4%で調査時点以前に自殺念慮を抱いたことがあり，21.3%で調査時点以前に自殺を企図したことがあったとしている[7]。

警察庁が公表している我が国の自殺統計においては，平成25年中の全自殺者27,283人中5,832人（21.4%）が「うつ病」を自殺の原因・動機としていたことがわかっており，自殺の原因・動機として我が国で最も頻度の多いものであるが，30歳未満の自殺者だけで見ても3,348人中536人（16.0%）が「うつ病」を自殺の原因・動機としており，やはり自殺の原因・動機として最も頻度の多いものとなっている[16]。ただし，警察庁統計における「うつ病」は精神医学的評価に基づくものではなく，広くうつ状態が含まれていると考えられる。

自殺者の統計だけではなく，救命救急センターに入院となった自殺未遂者に対する調査においても，気分障害が若年者の自殺企図と関係が深いことが示されている。本田らは福岡大学病院救命救急センターに入院となった10代，20代の自殺企図者（既遂者を含む）58人を調査し，10代の12人中4人（33.3%），20代の46人中14人（30.4%）が気分障害であったと報告している[8]。また，三上らは東海大学医学部付属病院高度救命救急センターに入院となった20歳未満の自殺未遂者34例について，9例（26.5%）が気分障害であったと報告している[15]。筆者らも同様の調査を行っており，日本医科大学付属病院高度救命救急センターに入院となった19歳未満の自殺未遂者59人中21人（35.6%）が気分障害であった[12]。

Ⅳ. 若年者への抗うつ薬投与と自殺関連行動

気分障害における自殺の危険性は治療アドヒアランスの悪化によって上昇すると言われている[17]。一方で，若年者においては大うつ病性障害等のうつ状態に対する抗うつ薬の投与についてはかえって自殺関連事象の危険性を高める可能性があることが指摘されている。Hammadらによると，小児への抗うつ薬の投与によって自殺関連事象の危険性はプラセボとの比較で1.95倍に上昇するとしている[5]。小児への抗うつ薬の投与により自殺関連事象の危険性が上昇する理由としてGoodmanらは薬剤の効果がなかったり不十分であったりするための病状の悪化，抑制症状の改善に伴う自殺関連行動の顕在化，アクチベーション・シンドローム，アカシジア，躁状態や混合状態への移行，体質を仮説として挙げている[4]。なお，我が国においてSSRIかSNRIを使用した7歳以上18歳未満の者483人を調査した結果，21人（4.3%）で自殺関連事象が確認され，使用薬剤と自殺関連事象の関係性が強いと主治医が判断されたのは6人（1.2%）であった[19]。

2003年に厚生労働省は自殺行動の危険性を高める可能性があることから18歳未満の大うつ病性障害患者に対するパロキセチンの使用を禁忌とした。欧米の規制当局での同種の勧告を受けたものであり，その後18歳未満の大うつ病性障害患者に対するパロキセチンの使用は2006年に禁忌から警告に緩和されたが，一方で若年者については抗うつ薬の有効性が明らかでないとして，2013年にはパロキセチン以外のSSRI，SNRI等の添付文書上も「18歳未満の患者に投与する際には適応を慎重に検討すること」との記載が加わることになった。若年者への抗うつ薬の有効性については，Bridgeらが行った19歳未満を対象とした抗うつ薬のプラセボ対照二重盲検試験に関するメタアナリシスにおいて，大うつ病性障害に対して抗うつ薬投与群の61%で治療に反応があった一方で，プラセボ投与群の50%でも治療に反応があったことが示されており，若年者の大うつ病性障害においては抗うつ薬も有効であるが，プラセボの有効性が高いためにプラセボ対照二重盲検試験において抗うつ薬の有効性を示しにくいことが示唆されている[1]。

なお，抗うつ薬により若年者の自殺関連事象の危険性が高まることについては実証的なデータがあるが，若年者の自殺既遂の危険性が高まるという実証的なデータはなく，米国において規制当局からパロキセチンに関する警告が発せられた2003年以前においてはSSRIの使用量が増加していた一方で若年者の自殺死亡率はむしろ減少傾向にあったことが示されている[10]。さらに，Isacssonらはスウェーデンにおいて1992年－2002年との比較で2003年－2009年では10－19歳の自殺死亡率が33.7%増加していることから，2003年以降若年者への抗うつ薬使用が控えられたことでうつ病が治療されず自殺に至った例が増えた可能性を述べている[9]。

Ⅴ. おわりに

大うつ病性障害等のうつ状態が若年者においても自殺の危険性を高めることについては議論の余地がないところであり，若年の気分障害患者に対して早期に適切な治療を行えるよう，若年者の気分障害の診断・治療に精通した医療者を養成し，専門医療体制を整備していくことは自殺防止の観点からも重要であると考えられる。

引用文献

1) Bridge JA, Iyengar S, Salary CB, Barbe RP, Birmaher B, Pincus HA, Ren L, Brent DA: Clinical response and risk for reported suicidal ideation and suicide attempts in pediatric antidepressant treatment: a meta-analysis of randomized controlled trials. JAMA 297(15): 1683-96, 2007.
2) Costello EJ, Erkanli A, Angold A: Is there an epidemic of child or adolescent depression? J Child Psychol Psychiatr, 47(12): 1263-1271, 2006.
3) 傳田健三, 賀古勇輝, 佐々木幸哉, 伊藤耕一, 北川信樹, 小山 司: 小・中学生の抑うつ状態に関する調査: Birleson自己記入式抑うつ評価尺度(DSRS-C)を用いて. 児童青年精神医学とその近接領域 45(5): 424-436, 2004.
4) Goodman WK, Murphy TK, Storch EA: Risk of adverse behavioral effects with pediatric use of antidepressants. Psychopharmacology 191(1): 87-96, 2007.
5) Hammad TA, Laughren T, Racoosin J: Suicidality in pediatric patients treated with antidepressant drugs. Arch Gen Psychiatry 63(3): 332-339, 2006.
6) Hasin DS, Goodwin RD, Stinson FS, Grant BF: Epidemiology of major depressive disorder: results from the National Epidemiologic Survey on Alcoholism and Related Conditions. Arch Gen Psychiatry 62(10): 1097-1106, 2005.
7) Hauser M, Galling B, Correll CU: Suicidal ideation and suicide attempts in children and adolescents with bipolar disorder: a systematic review of prevalence and incidence rates, correlates, and targeted interventions. Bipolar Disord 15(5), 507-523, 2013.
8) 本田洋子, 衞藤暢明, 松尾真裕子, 喜多村泰輔, 石倉宏恭, 西村良二：19歳以下の重症自殺企図者の臨床的検討―20代との比較から―. 日本社会精神医学会雑誌21, 156-166, 2012.
9) Isacsson G, Ahlner J: Antidepressants and the risk of suicide in young persons -prescription trends and toxicological analyses. Acta Psychiatr Scand 129(4): 296-302, 2014b.
10) Isacsson G, Rich CL: Antidepressant Drugs and the Risk of Suicide in Children and Adolescents. Paediatr Drugs 16(2): 115-122, 2014a.
11) Kawakami N, Takeshima T, Ono Y, Uda H, Hata Y, Nakane Y, Nakane H, Iwata N, Furukawa TA, Kikkawa T: Twelve-month prevalence, severity, and treatment of common mental disorders in communities in Japan: preliminary finding from the World Mental Health Japan Survey 2002-2003. Psychiatry Clin Neurosci 59(4): 441-452, 2005.
12) Kawashima Y, Ito T, Narishige R, Saito T, Okubo Y: The characteristics of serious suicide attempters in Japanese adolescents - comparison study between adolescents and adults. BMC Psychiatry12: 191, 2012.
13) Liu X, Gentzler AL, Tepper P, Kiss E, Kothencné VO, Tamás Z, Vetró A, Kovacs M: Clinical features of depressed children and adolescents with various forms of suicidality. J Clin Psychiatry 67(9): 1442-1450, 2006.
14) Merikangas KR, Akiskal HS, Angst J, Greenberg PE, Hirschfeld RM, Petukhova M, Kessler RC: Lifetime and 12-month prevalence of bipolar spectrum disorder in the

National Comorbidity Survey replication. Arch Gen Psychiatry 64(5): 543-552, 2007.
15) 三上克央，猪股誠司，早川典義，大屋彰利，安藤英祐，大園啓子，市村 篤, 松本英夫：思春期における自殺企図の臨床的検討―入院を必要とした症例を中心に．精神医学48: 1199-1206, 2006.
16) 内閣府自殺対策推進室，警察庁生活安全局生活安全企画課：平成25年中における自殺の状況. 2014.
http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/h25.html (参照2014年12月15日).
17) Pompili M, Serafini G, Del Casale A, Rigucci S, Innamorati M, Girardi P, Tatarelli R, Lester D: Improving adherence in mood disorders: the struggle against relapse, recurrence and suicide risk. Expert Rev Neurother 9(7): 985-1004, 2009.
18) 佐藤 寛，永作 稔，上村佳代，石川満佐育，本田真大，松田侑子，石川信一，坂野雄二，新井邦二郎：一般児童における抑うつ症状の実態調査. 児童青年精神医学とその近接領域 47: 57-68, 2006.
19) 宇佐美政英，齊藤万比古，傳田健三，齊藤卓弥，岡田 俊，松本英夫，山田佐登留：児童・青年期におけるSSRI/SNRIの使用実態と安全性に関する全国調査. 児童青年精神医学とその近接領域 52(1): 21-35, 2011.
20) Van Meter AR, Moreira AL, Youngstrom EA: Meta-analysis of epidemiologic studies of pediatric bipolar disorder. J Clin Psychiatry 72(9): 1250-1256, 2011.

第2章　各論　～精神障害との関連～

2. 若年境界性パーソナリティ障害の自殺

東海大学医学部専門診療学系精神科学
講師　三上　克央

- 若年BPDと自殺関連行動の関連を調査した研究成果は成人BPD研究と比べると少なく，わが国の若年者を対象とした自殺研究でも，BPDに焦点を当てた観察研究はほとんどない。
- 本総説は，borderline personality disorder, suicide, adolescent（またはadolescence）のキーワードを組み合わせPubMedで検索し，若年BPDの自殺企図に関する論文を中心に選択した。
- 若年BPDも診断は可能であるが，症状は浮動的であるため，慎重な診断姿勢が求められる。
- BPDは若年例の自殺関連行動の危険因子であることが示唆された。
- 若年BPDの自殺企図例の臨床的特徴では，若年の自殺企図群にBPD例が一定の頻度で確実に存在すること，若年BPDの自殺企図例はより致死的な手段で企図する傾向があること，自殺企図に及ぶ時は気分の安定性のコントロールが不十分なことが示唆された。

Ⅰ. はじめに

境界性パーソナリティ障害（Borderline Personality Disorder，以下BPD）は，対人関係，自己像，感情などの不安定および著しい衝動性を特徴とし，成人期早期までに始まり，その特徴は特に思春期以降様々な場面で明らかになる。かかる不安定性は慢性的な経過をたどり，経過中に感情の易変性が顕著となり，不安や抑うつ状態，いらだちを容易に呈し，衝動の制御の困難性を伴うことがある。見捨てられることを回避するためのなりふりかまわない行動は，このような衝動コントロールの困難性として表出され，その衝動性は時に自己破壊的行動に至り，自殺企図に及ぶことがある。

このように，BPDと自殺関連行動は密接な関係があり，古くから多くの観察研究がなされており，自殺関連行動はBPDの診断基準の１つに含まれている。しかしこのような成人BPDの研究と比べると，若年BPDと自殺関連行動の関連を調査した研究成果は少ないことに気付く（自殺関連行動関連だけでなく若年BPD例をテーマとした調査研究が少ない）。その理由の１つは，BPDの特徴が明らかになるのは成人期早期なため，その診断の曖昧性から，若年世代でBPDが観察研究の対象となりにくかったことが考えられた。わが国の若年者を研究対象とした自殺研究でも，BPDに焦点を当てた観察研究はほとんどない。本総説では，BPDの疫学と自殺全般について簡単に紹介し，現時点で明らかになっている若年BPDの自殺の臨床的特徴について検討したい。本総説は，borderline personality disorder, suicide, adolescent（またはadolescence）

のキーワードを組み合わせPubMedで検索し，主に若年BPDの自殺企図に関する論文を選択した。また，成人例については，参考文献に挙げた総説も参考とした。

Ⅱ. BPDの疫学

米国の疫学研究によれば，BPDの一般集団の有病率は，0.7%とする報告[32]や1.6%とする報告[19]から5.9%とする報告[10]まであるが，いくつかの総説によればその中央値は，概ね1.5%前後と考えられている（4）。また，臨床場面では，BPDは女性に多い印象があるが，一般集団を対象とした調査ではBPDの有病率に男女差はない[10) 32]。

BPD例は，感情の易変性が顕著となり，不安や抑うつ状態，いらだち，衝動の制御の困難性，そして自殺関連行動を認めるが，経過中に他にも多彩な精神症状を呈する。また，精神疾患との併存も頻繁に見られる。したがって，精神保健サービスを利用する頻度は高い。精神科患者を対象としたBPDの有病率は，精神科外来では通院患者の10%，そして精神科入院患者では15%から25%という報告がある[18]。一方Hayashiらは，自殺関連行動を契機に入院となった患者を対象としたところ，55.5%にBPD例（年齢の中央値は32歳，年齢の範囲は20歳～55歳）を認めると報告しており[15]，この結果は，BPDと自殺関連行動の密接な関連性を示唆している。

プライマリケアの場面では，通院患者のBPDの生涯有病率は6.4%（その中で40%は精神科通院歴がある）とする報告がある[12]。この頻度は，一般集団におけるBPDの有病率の4倍以上であり，BPD例がいかに一般医療を受診する頻度が高いかがわかる。このようにBPD例は，精神科医療だけでなく，プライマリケアへの受診機会も高く，経過中何らかの医療資源を利用する頻度が高いと考えられている。

Ⅲ. BPDと自殺

見捨てられることを避けようとするなりふりかまわない諸行動は，きっかけの有無にかかわらず，時に衝動の自己制御が困難となり，自殺企図に及ぶことがある。BPD例は，その経過中60～70%に自殺企図を認め，5%～10%は自殺既遂に至る[9]。そしてBPDは，うつ病を共変量として調整しても，自殺関連行動，さらには自殺企図の危険因子と考えられている[4) 35]。

1. 自殺既遂の特徴

心理学的剖検により，自殺既遂のBPD例と自殺未遂のBPD例を比較したMcGirrらの調査[21]によれば，BPD例の自殺既遂者は，自殺企図歴や入院歴が少ないこと（ないわけではない），自殺既遂例では致死的な手段で企図していること，物質依存を併存していること（現症としても既往としても），そしてCluster Bのパーソナリティ障害が併存することを認めた。その他の縦断研究によれば，BPDの自殺既遂者は，30歳過ぎ，治療の失敗，そして衝動的攻撃性傾向を特徴として認めた[9]。さらに，男女による特徴の違いを見ると，男性では，治療歴がなく初回企図で既遂に至る特徴を認め，女性では対照的に，治療の中断と繰り返す自殺企図歴を特徴として認めた[9]。

2．自殺未遂の特徴

一方，自殺企図群を対象とし，BPD例の自殺企図（未遂）の特徴を非BPD例と比較すると，BPD例では，うつ病や絶望感，自殺企図歴，問題解決技術の未熟さを認めたが，自殺企図手段では違いを認めなかった[1)]。そして，うつ病の自殺企図群を対象とし，BPD例と非BPD例で特徴の違いを検討した研究では，うつ病を併存するBPD例では敵意や衝動性が高く，より高頻度の自殺企図歴やより若年での最初の自殺企図歴を認め，誘因として対人関係の問題の頻度が高かった（非BPD群では仕事や健康理由がより頻度が高かった）が，一方で企図手段の致死性は変わらなかった[4)]。また，自殺企図群を対象とし，企図手段の致死性の高低で2群に分類し比較検討したところ，致死性の高い手段を選択したBPD例は，より年齢が高く，教育経験が少なく，自殺企図歴や入院歴の頻度が高く，うつ病や反社会的パーソナリティ障害の併存頻度が高いなどの特徴を認めた[29)]。さらに，自殺企図の予測因子を検討した前向きによる観察研究によれば，1年以内の再企図は19%であり，予測因子としてはうつ病の併存と社会への不適応状態が示唆された[30)]。わが国の林らによる自殺関連行動を契機とした入院患者を対象とした報告によれば，Cluster Bのパーソナリティ障害は，過量服薬の経験，高い攻撃性や怒り易さ，対人関係のライフイベントや悩み，生活状況のライフイベント，そして養育期の虐待と関連していた[13)]。

これらの研究から，自殺企図歴のあるBPD例の臨床的特徴としては，うつ病の併存，衝動性の高さ，対人関係の問題などによる社会への不適応状態などが示唆された。

Ⅳ. 若年BPDと自殺

1.先行報告

以上のように，成人のBPD例は自殺関連行動や自殺企図の危険因子の1つであり，BPDにおける自殺既遂や自殺未遂の特徴や危険因子を明らかにする研究は盛んに行われ，BPDの自殺既遂者の特徴を明らかにすることを目的とした心理学的剖検も行われた。一方，若年BPD例の研究は，自殺関連の研究も含め，成人例の状況と比べれば乏しく，その理由の1つは，18歳未満のBPDの診断の曖昧さが影響していると思われた。しかし近年，若年BPDの診断の妥当性と信頼性は，成人と変わらないことが示唆されてきている[24)]。この点Bradley らは，若年BPD例の特徴を男女2群に分類し検討し，その特徴の成人例との類似性（特に女性群において）を指摘した[3)]。BPDは児童期には特に問題にはならず，その特徴が明らかになるのは思春期以降であり，前述の成人例の研究成果は若年BPD例にも寄与すると考えられ，近年の研究成果はその点を示唆しつつある。一方で，Winograd らは，平均13.7歳のBPD例を20年間追跡調査したところ，BPDの特徴は持続するものの徐々に目立たなくなることを示唆した（また，若年期にBPDの特徴がより顕著な群は20年後の社会的予後が不良な点も示唆した）[33)]。BPDの診断基準を構成する症状や問題行動には，非BPD例でも思春期の一時期見られることがあり，18歳未満の診断は可能であるものの，若年期の症状の浮動性に留意しつつ慎重に行われなければならない。

まず，若年BPD例の疫学を確認すると，10代の若年者を対象としたBPDの一般集団での有病率は，0.9%[20)] から3%[2)] までの報告がある。さらに，近年の一般集団を対象とした研究では，BPDの有病率は，14歳，16歳でそれぞれ0.9%，22歳で1.8%とする報告がある[16)]。この結果は，上述した成人例の場合とほとんど同じ結果であった。また，若年（15歳～25歳）の精神科患者

を対象とした研究では，BPDは，精神科外来患者の28.1%に認めるとする報告[6]があり，一方，思春期（平均15.5歳）の精神科入院患者では49%にBPDを認めるとする報告[11]がある。すなわち，若年者BPD例の有病率は，対象が一般集団であれ精神科患者であれ，ほとんど成人例と同じことに気付く。

それでは，若年BPDは，成人例と同様に自殺関連行動の危険因子と言えるのであろうか。Sharpらは，12～17歳（平均年齢15.5歳）の156名の入院患者（連続サンプル，55.1%が女性）について，BPD例（19.2%）と非BPD例に分類し，BPD例の自殺関連行動（自殺企図歴，過去1年の自殺念慮など）におけるBPD例の特徴を検討した[28]。各自殺関連行動を従属因子とし，性別，うつ病，BPDを共変量として解析したところ，BPDとうつ病はそれぞれ独立して，過去1年の自殺念慮との関連を認めた。

Glennらは，精神科病入院となった思春期例97名（平均年齢15.4歳，50.5%が女性）について，自殺関連行動（自殺企図と自殺念慮）とBPDの特定の症状との関連を調査した。各自殺関連行動を従属因子とし，性別，年齢などを調整して解析したところ，BPDの特徴的な症状のなかで，特に感情の不安定性が各自殺関連行動と関連した[8]。

Yenらは，12～18歳（平均年齢15.3歳）の119名の自殺関連行動（自殺企図，自殺念慮を伴う自傷行為，自殺念慮）を契機に入院となった患者について，BPD例（39.5%）と非BPD例に分類し，BPD例の自殺関連行動 の特徴を検討した[34]。BPD例は非BPD例と比べ，自殺企図を契機とした入院の頻度が高く，自殺企図歴を認める頻度や精神疾患の併存症の頻度が高く，攻撃性が高いことが示唆された。

わが国の研究では，林らは，自殺関連行為を契機に入院となった患者155名（平均年齢36.5歳，56.1%が女性）を対象とし，20歳以下に自殺関連行動を開始した群とそれ以外を比較検討した結果，前者とBPDの関連を示した[14]。

以上の近年の研究から，BPDが若年自殺企図例の危険因子とは明言できないものの，若年BPD例自体が，うつ病とは独立して自殺関連行動の危険因子であることが示唆された。一方，BPDの特徴的な所見である絶望感[27]や攻撃的衝動性[22]などは，自殺企図の危険因子と考えられている。

2.自験例

我々は救命救急センターに搬送される思春期自殺企図群に，BPD例が明らかに存在することを確認してきた[23]。そして，これまで述べてきたように，若年BPDの自殺関連の研究が乏しいだけでなく，明確に自殺企図群を対象とした観察研究はほとんど存在しなかったことから，我々は思春期BPDの精神医学的特徴を明らかにすることを目的とした症例対照の横断研究を試みた。

2008年4月から2010年8月までに，東海大学医学部付属病院救命救急センターに自殺企図により1383名が搬送となり，そのうち786名が入院となった。本研究は，この786名の入院例のなかで20歳未満の79名（連続サンプル）を対象とした。境界性パーソナリティ障害の診断は，DSM-IV-TRに基づいて診断し，診断した患者については，Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis（SCID）Personality Disorders [7]を使用してBPDの診断を確認した。結果は，10名（12.7%）にBPDを認め，BPD例は非BPD例と比べ，気分障害を併存している頻度が有意に高かった[17]。

3.若年BPD例の自殺企図の特徴

このように，若年BPD例の自殺企図そのものを対象とした研究は少なく，またわが国における研究はほとんど存在しない。そこで以下の臨床的特徴は，救命救急センターに搬送となった若年者自殺企図例を研究対象とした自験例を中心に検討する。

①頻度

前述のSharpらの報告（12～17歳（平均年齢15.5歳）の156名の精神科入院患者（連続サンプル，55.1%が女性））では，BPD例を19.2%に認め，そのBPD例のなかで37%に自殺企図歴を認め，27%に過去1年以内の自殺企図を認めた[28]。成人例では，経過中に自殺企図を認める頻度は50%を超えるが，その違いは若年例の場合経過自体がまだ長くないからに他ならない。

一方，自殺企図群のBPD例の頻度に注目すると，わが国の研究では，12.7%～37.5%の幅の頻度で認められる[25) 26) 31]。各研究での頻度の違いは，地域的な理由に加え，半構造化面接を行っていないことが起因していると想われた。自験例では12.7%であったが，SCID-IIを補助的に使用しており，ある程度の信頼性は担保できると思われた[17]。なお，自験例は症例対照研究ではるが，一般対照群と比較していないため（すなわち，研究対象が自殺企図群のため），BPD自体が自殺企図のリスクか否かは不明である。しかし，前述のように，若年例であれ成人例であれ，BPDの一般人口の頻度が1～2%であることに鑑みると，12.7%という頻度は低くはない。

②企図手段

自験例では，BPD群は，非BPD群と比べより致死的な手段で自殺企図に及ぶ傾向を認めた（有意差は認めなかった）[17]。BPD例は非BPD例と比べ，身体損傷の程度が高く，救命救急センターの入院期間は有意に長く[17]，これは，BPD例の方が，非BPD例と比べてより致死的な企図手段を選択していることの結果と思われた。

③併存症

自験例では，若年者の自殺企図群全体の31.6%に気分障害を認め，20.3%に不安障害を認めた[17]。一方，BPD群に絞ると，BPD群では気分障害を70%に認め，不安障害を30%に認め，気分障害の併存は非BPD群と比べ有意に頻度が高かった[17]。したがって，若年BPD例は，気分障害が併存した場合に自殺企図のリスクが高まることが示唆された。この点は，成人BPD例との類似性を認めるとともに，前述した，若年BPD例の特徴的な症状のなかで感情の不安定性が自殺企図と関連することを示したGlennらの研究とも類似する結果と考えられた[8]。すなわち，若年BPD例は常に自殺のリスクが高いわけではなく，気分障害との併存を認め，かつかかる気分障害がコントロールされていない時に，特に自殺企図のリスクが高まることが示唆された。

④その他

自験例では，BPD群は，非BPD群と比較して自殺企図歴を認める頻度が高く[32]，この点は先行研究と一致した[34]。また自験例では，BPD群は，非BPD群と比較して直前（24時間以内）の誘因が不明確であった[17]。この点は，BPD例が空虚感や絶望感を慢性的に有しており，直接的な誘因がなくとも（だからこそ繰り返し）自殺企図に及んでしまう可能性を示唆した。

Ⅴ．おわりに

本稿は，若年BPD例の自殺について，特にわが国の自殺企図例を中心に臨床的特徴を検討した。

若年BPD例の調査研究は成人例と比べると乏しく，さらに自殺関連の研究となると一層少ないのが現状である。しかし近年の研究から，若年BPDの特徴は成人例と類似していることが示唆され，BPDは若年例の自殺関連行動の危険因子であることが示唆された。また，若年自殺企図群を対象とした自験例からは，若年の自殺企図群にもBPD例が一定の頻度で確実に存在すること，若年BPDの自殺企図群は非BPD群と比べより致死的な手段で企図する傾向があること，自殺企図に及ぶ時は気分の安定性のコントロールが不十分なことが示唆された。本稿では，BPDの自殺再企図防止の道筋については言及しなかったが，再企図防止の治療的介入のためには十全な観察研究を整えることが重要であり，今後の，特にわが国での若年BPD例の自殺研究の積み重ねを期待したい。

引用文献

1) Berk MS, Jeglic E, Brown GK, Henriques GR, Beck AT: Characteristics of recent suicide attempters with and without Borderline Personality Disorder. Arch Suicide Res 11(1): 91-104, 2007.
2) Bernstein DP, Cohen P, Velez CN, Schwab-Stone M, Siever LJ, Shinsato L: Prevalence and stability of the DSM-III-R personality disorders in a community-based survey of adolescents. Am J Psychiatry 150(8): 1237-43, 1993.
3) Bradley R, Zittel Conklin C, Westen D: The borderline personality diagnosis in adolescents: gender differences and subtypes. J Child Psychol Psychiatry 46(9): 1006-19, 2005.
4) Brodsky BS, Groves SA, Oquendo MA, Mann JJ, Stanley B: Interpersonal precipitants and suicide attempts in borderline personality disorder. Suicide Life Threat Behav 36(3): 313-22, 2006.
5) Brodsky BS, Malone KM, Ellis SP, Dulit RA, Mann JJ: Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. Am J Psychiatry 154(12): 1715-9, 1997.
6) Chanen AM, Jovev M, Djaja D, McDougall E, Yuen HP, Rawlings D, Jackson HJ: Screening for borderline personality disorder in outpatient youth. J Pers Disord 22(4):353-64, 2008.
7) First MB, Spitzer RL, Gibbon M, Williams JBW, Benjamin LS: Structured Clinical Interview for DSM-IV Axis II disorders (SCID II). American Psychiatric Press Inc., Washington DC, 1997.
8) Glenn CR, Bagge CL, Osman A. Unique associations between borderline personality disorder features and suicide ideation and attempts in adolescents. J Pers Disord 27(5): 604-16, 2013.
9) Goodman M, Roiff T, Oakes AH, Paris J: Suicidal risk and management in borderline personality disorder. Curr Psychiatry Rep 14(1): 79-85, 2012.
10) Grant BF, Chou SP, Goldstein RB, Huang B, Stinson FS, Saha TD, Smith SM,

Dawson DA, Pulay AJ, Pickering RP, Ruan WJ: Prevalence, correlates, disability, and comorbidity of DSM-IV borderline personality disorder: results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. J Clin Psychiatry 69(4): 533-45, 2008.

11) Grilo CM, Becker DF, Fehon DC, Walker ML, Edell WS, McGlashan TH: Gender differences in personality disorders in psychiatrically hospitalized adolescents. Am J Psychiatry 153(8): 1089-91, 1996.

12) Gross R, Olfson M, Gameroff M, Shea S, Feder A, Fuentes M, Lantigua R, Weissman MM: Borderline personality disorder in primary care. Arch Intern Med 162(1):53-60, 2002.

13) 林 直樹，五十嵐雅，今井淳司，大澤有香，内海香里，石川陽一，大島淑夫，徳永太郎，石本佳代，前田直子，針間博彦，楯林義孝，熊谷直樹，野津 眞，石井秀宗，岡崎祐士：自殺関連行動を呈する精神科入院患者の診断と臨床的特徴：都立松沢病院入院例の検討．精神神経学雑誌 111(5): 502-526, 2009.

14) 林 直樹，五十嵐雅，今井淳司，大澤有香，内海香里，石川陽一，徳永太郎，石本佳代，岡崎祐士：若年期から自殺関連行動を呈している精神科入院患者の臨床的特徴．精神医学52(9): 863-871, 2010.

15) Hayashi N, Igarashi M, Imai A, Osawa Y, Utsumi K, Ishikawa Y, Tokunaga T, Ishimoto K, Harima H, Tatebayashi Y, Kumagai N, Nozu M, Ishii H, Okazaki Y: Psychiatric disorders and clinical correlates of suicidal patients admitted to a psychiatric hospital in Tokyo. BMC Psychiatry 10:109, 2010.

16) Johnson JG, Cohen P, Kasen S, Skodol AE, Oldham JM: Cumulative prevalence of personality disorders between adolescence and adulthood. Acta Psychiatr Scand 118(5): 410-3, 2008.

17) Kato K, Mikami K, Nishino R, Akama F, Yamada K, Maehara M, Saito M, Kimoto K, Kimoto K, Takahashi Y, Sato R, Onishi Y, Ohya A, Ichimura A, Matsumoto H: Frequency and clinical features of borderline personality disorder in adolescent suicide attempts in Japan. Asian J Psychiatr 5(4): 363-4, 2012.

18) Leichsenring F, Leibing E, Kruse J, New AS, Leweke F: Borderline personality disorder. Lancet 377(9759): 74-84, 2011.

19) Lenzenweger MF, Lane MC, Loranger AW, Kessler RC: DSM-IV personality disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry. 62(6): 553-64, 2007.

20) Lewinsohn PM, Rohde P, Seeley JR, Klein DN: Axis II psychopathology as a function of Axis I disorders in childhood and adolescence. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 36(12): 1752-9, 1997.

21) McGirr A, Paris J, Lesage A, Renaud J, Turecki G: Risk factors for suicidecompletion in borderline personality disorder: a case-control study of cluster B comorbidity and impulsive aggression. J Clin Psychiatry 68(5): 721-9, 2007.

22) McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP, Waller JL, Jackson KL, Addy CL: Incidence and predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. J Am

Acad Child Adolesc Psychiatry 37(6): 612-9, 1998.
23) 三上克央，猪股誠司，早川典義，大屋彰利，安藤英祐，大園啓子，市村 篤，松本英夫：思春期における自殺企図の臨床的検討；入院を必要とした症例を中心に．精神医学 48(11): 1119-1206, 2006.
24) Miller AL, Muehlenkamp JJ, Jacobson CM: Fact or fiction: diagnosing borderline personality disorder in adolescents. Clin Psychol Rev 28(6): 969-81, 2008.
25) Murase S, Honjo S, Kaneko H, Arai S, Nomura K, Hashimoto O, Ohata T: Clinical characteristics of serious Japanese adolescent suicide-attempters admitted to an intensive care ward. Japanese Journal of Child Psychiatry 45 (Supplement): 25-34, 2004.
26) 成重竜一郎，川島義高，齊藤卓弥，大久保善朗：児童・青年期の自殺未遂者の原因・動機に関する検討．児童青年精神医学とその近接領域 53(1)：46-53, 2012.
27) Shaffer D, Gould MS, Fisher P, Trautman P, Moreau D, Kleinman M, Flory M: Psychiatric diagnosis in child and adolescent suicide. Arch Gen Psychiatry 53(4): 339-48, 1996.
28) Sharp C, Green KL, Yaroslavsky I, Venta A, Zanarini MC, Pettit J: The incremental validity of borderline personality disorder relative to major depressive disorder for suicidal ideation and deliberate self-harm in adolescents. J Pers Disord 26(6): 927-38, 2012.
29) Soloff PH, Fabio A, Kelly TM, Malone KM, Mann JJ: High-lethality status in patients with borderline personality disorder. J Pers Disord 19(4): 386-99, 2005.
30) Soloff PH, Fabio A: Prospective predictors of suicide attempts in borderline personality disorder at one, two, and two-to-five year follow-up. J Pers Disord 22(2):123-34, 2008.
31) 土岐 茂，光元麻世，日域広昭，町野彰彦，岡本泰昌，谷川攻一，山脇成人：救命救急センターより紹介された思春期自殺企図例．精神医学 55(2)：151-156, 2013.
32) Torgersen S, Kringlen E, Cramer V: The prevalence of personality disorders in a community sample. Arch Gen Psychiatry 58(6): 590-6, 2001.
33) Winograd G, Cohen P, Chen H: Adolescent borderline symptoms in the community: prognosis for functioning over 20 years. J Child Psychol Psychiatry 49(9): 933-41, 2008.
34) Yen S, Gagnon K, Spirito A: Borderline personality disorder in suicidal adolescents. Personality and Mental Health 7(2): 89-101, 2013.
35) Yen S, Shea MT, Pagano M, Sanislow CA, Grilo CM, McGlashan TH, Skodol AE, Bender DS, Zanarini MC, Gunderson JG, Morey LC: Axis I and axis II disorders as predictors of prospective suicide attempts: findings from the collaborative longitudinal personality disorders study. Journal of Abnormal Psychology 112(3): 375-81, 2003.

第2章　各論　～精神障害との関連～

3. 統合失調症

日本医科大学付属病院精神医学教室
助教　**成重　竜一郎**

- 文献検索から若年者の統合失調症と自殺関連行動に関連した文献についてレビューを行い，自施設における知見についても併せて提示した。
- 統合失調症は自殺の危険因子であり，特に初回エピソード後の自殺リスクが高いため，統合失調症の発病が多い若年者において問題となりやすい。
- 統合失調症においては年齢を問わず病状の悪化そのものが自殺企図の誘因となりやすく，突発的かつ重篤な自殺企図が目立つ。
- 統合失調症患者における社会参加の困難さも，統合失調症患者の自殺企図に影響している可能性がある。

Ⅰ. はじめに

統合失調症は幻覚・妄想を主症状とした精神疾患であり，生涯有病率は0.3～0.7%で通常10代後半から30代半ばに発病するとされている。

本稿においては，若年者の統合失調症と自殺関連行動との関連についての知見を整理することを目的に，PubMedにおける‘suicide’，‘schizophrenia’，‘youth’をkey wordとした文献検索から若年者の統合失調症と自殺関連行動に関連した文献を抽出し，レビューを行った。なお，この領域における我が国の知見が少ないため，筆者の勤務する日本医科大学付属病院における若年統合失調症患者の自殺企図に関する知見についても併せて提示することとした。

Ⅱ. 若年者の統合失調症と自殺関連行動

統合失調症は自殺の危険因子あるいは誘因となることが知られており，統合失調症患者の5-13%は自殺により死亡し[2) 8) 13) 15) 17)]，統合失調症患者の自殺死亡率は一般人口の8倍以上とされている[7)]。統合失調症患者はその経過中20-50%で自殺企図を認め[6) 20)]，40－50%が希死念慮を抱くと言われている[5) 10)]。また，統合失調症患者の中でも若年者，男性，未婚者等において，特に自殺の危険性が高いとされている[18)]。

統合失調症と自殺との関連については，近年初回エピソード後の自殺リスクに関する研究がいくつか報告されている。Sanchez-Gistauらはスペインにおいて9歳から17歳の初回エピソード精神病患者110人を24か月間追跡した結果12.4%で自殺企図が認められたと報告している[21)]。また，Duttaらはイギリスにおいて2,723人の初回エピソード精神病患者に対する追跡調査を行い，平均11.5年間の追跡期間で自殺による死亡は1.9%と従来の報告より低かったものの，1年

後の自殺死亡率は人口10万対157.4であり，調査地域の自殺死亡率の約12倍高かったと報告している[3)]。統合失調症の初回エピソード後に自殺のリスクが高いというこれらの知見は，統合失調症の発病が多い若年者において自殺が特に問題となりやすいことを示している。実際に警察庁が公表している我が国の自殺統計上も，平成25年中の30歳未満の自殺者3,348人中187人（5.6%）が統合失調症を自殺の原因・動機としていたことがわかっており，統合失調症は30歳未満の自殺者における自殺の原因・動機としてうつ病，その他の精神疾患に次いで3番目に多いものとなっている[14)]。

Ⅲ. 若年統合失調症患者の自殺企図の特徴

統合失調症患者の自殺企図については，我が国の複数の施設からその特徴が報告されている。Nakagawa らは横浜市立大学附属病院において救命救急センターに入院となった自殺未遂者の中から統合失調症圏の患者100人と気分障害の患者155人の比較を行い，統合失調症圏の患者においては精神的な問題そのもので自殺企図に及んでいる者がより多いと報告しており，また同時に過去の自傷歴を有している者がより少なく，前回の自殺企図から1年以上経っている者が多いために，自殺企図の予測がしにくいとも述べている[15)]。また，Koedaらは岩手医科大学附属病院において救命救急センターに入院となった自殺未遂者の中から統合失調症圏の患者260人と気分障害の患者705人の比較を行い，統合失調症圏の患者においては幻覚妄想が自殺企図の動機としてより多く，重篤な自殺企図手段をよりとりやすいと報告している[11)]。さらにIshiiらは札幌医科大学附属病院において精神科がリエゾン診療で関与した自殺未遂者の中から統合失調症圏の患者65人と気分障害の患者95人の比較を行い，自殺企図の動機や自殺企図手段についてKoedaらと同様の特徴を報告している[9)]。

こうした統合失調症患者の自殺企図の特徴が若年者においても同様に認められるかどうかについては，Koedaらが先の論文で24歳以下のみの分析を行っている。Koedaらの報告によると，24歳以下の統合失調症圏の患者においては24歳以下の気分障害の患者と比較して幻覚妄想が自殺企図の動機としてより多かったのは全年齢での結果と共通していたが，自殺企図手段については有意な差は認められなかったとしている[11)]。

若年の統合失調症患者における自殺企図の特徴については知見が乏しいため，次項において筆者の勤務する日本医科大学付属病院における調査結果をここで示すこととする。

Ⅳ. 日本医科大学付属病院における若年統合失調症患者の自殺企図の特徴

2010年3月1日～2013年12月31日の3年10か月間において，日本医科大学付属病院高度救命救急センターに入院となった症例の中から，30歳未満で，明確な自殺の意思に基づく自傷行動，すなわち，コロンビア分類[19)]における「自殺企図（suicide attempt）」に分類され，かつ未遂となった症例を調査対象とした。調査対象症例については，精神科医の介入によって得られた診療録等における情報から，自殺企図手段，精神科通院状況，自殺企図の誘因，DSM-IV-TR（American Psychiatric Association, 2000）に基づく精神科診断等を調査し，統計的検討を行った。自殺企

図手段については，複数の手段を用いている場合は，最も致死的で身体的治療の必要性が高かった手段を１つ選び計上した。自殺企図の誘因については，警察庁統計で用いられている自殺の原因・動機の分類[14]に基づいて分類を行ったが，「健康問題」中の精神疾患に関連する細分類（「病気の悩み・影響（うつ病）」，「病気の悩み・影響（統合失調症）」，「病気の悩み・影響（アルコール依存症）」，「病気の悩み・影響（薬物乱用）」，「病気の悩み・影響（その他の精神疾患）」）は，本研究においてDSM-IV-TRに基づく精神科診断を行っているため，分類項目から除外した。自殺企図の誘因の分類は警察庁統計における細分類に沿って行ったが，大分類ごと（「家庭問題」，「健康問題」，「経済・生活問題」，「勤務問題」，「男女問題」，「学校問題」，「その他」）に解析を行った場合に，１症例で同じ大分類に属する細分類が複数認められた場合，解析上はその大分類に属する誘因の有無を考え，誘因数１として計上した。

統計的検討においては，調査対象群を「統合失調症および他の精神病性障害」と診断された群（統合失調症群）とそれ以外の群（非統合失調症群）とに分け，その二群間で比較を行った。各群の自殺企図の誘因数については，それらの平均値についてWelch検定を用いた解析を行い，性別，自殺企図手段，精神科通院状況，精神科診断，自殺企図の誘因については，それらの有無についてカイ二乗検定，またはFisherの正確確率検定を用いた解析を行った。Fisherの正確確率検定については分割表に期待値が５以下となるセルがある場合に用いた。いずれの解析においても，両側確率で$p<0.05$を統計的に有意とした。全ての統計解析はPASW Statistics 18を用いて行った。

本研究は日本医科大学付属病院倫理委員会の承認を受け，実施した。データの処理に当たっては個人が特定されることのないよう十分な配慮を行っており，データの管理においても外部への個人情報の漏洩がないよう徹底した。

結果を表１に示す。同期間の対象症例数は80例（男性31例，女性49例）であり，統合失調症群が21例，非統合失調症群が59例であった。統合失調症群は非統合失調症群と比較して男性の割合が有意に高かった（カイ二乗検定，$\chi^2=6.432$, $p=0.011$）。

対象症例中61例（76.3%）は精神科に通院しており，42例（52.5%）は自傷歴を有していた。精神科通院に関しては統合失調症群，非統合失調症群で有意な差は認められなかった。一方，自傷歴については，統合失調症群で７例（33.3%）に対し，非統合失調症群で35例（59.3%）であり，統合失調症群でその割合が有意に低かった（カイ二乗検定，$\chi^2=4.195$, $p=0.041$）。

自殺企図手段については，統合失調症群で最も多かったのが飛び降り（9例，42.9%）であり，非統合失調症群と比較しても有意にその割合が高かった（カイ二乗検定，$\chi^2=6.767$, $p=0.009$）。統合失調症群で２番目に多かったのは過量服薬（8例，38.1%）であったが，これは非統合失調症群と比較して有意にその割合が低かった（カイ二乗検定，$\chi^2=7.236$, $p=0.007$）。

精神疾患を除いた誘因については，統合失調症群の平均誘因数が0.52±0.87SD個であったのに対して，非統合失調症群が1.25±0.66SD個であり，統合失調症群は非統合失調症群と比較して有意に誘因数が少なかった（Welch検定，$p=0.002$）。また，統合失調症群においては，勤務問題（Fisherの正確確率検定，$p=0.016$），男女問題（Fisherの正確確率検定，$p=0.008$）を有する者の割合が有意に低かった。

以上の結果からは，原疾患の病状そのものが自殺企図の誘因として大きく，他の誘因が認められにくいこと，及び重篤な自殺企図手段をとりやすいことという，先行研究で示されていた統合失調症患者の自殺企図の特徴が若年者においても同様に認められると考えられた。すなわち，若年の統合失調症患者の自殺企図においては，若年者としての特徴よりも統合失調症としての特徴

が強く反映されると考えられる。

統合失調症において重篤な自殺企図手段をとりやすいという特徴については，この特徴を報告しているのがいずれも自殺未遂者を対象とした調査であるという点，すなわち重篤な自殺企図手段にもかかわらず既遂に至っていないという点に留意して判断する必要がある。すなわち，通常重篤な手段による自殺企図は十分な準備の下で実行されることが多いが，統合失調症患者の場合は幻覚妄想に影響された突発的な自殺企図も多く，そのため重篤な自殺企図手段であっても十分な準備の下で実行されていないために既遂に至らない例が目立つと考えられるのである。こうした統合失調症患者における自殺企図の突発性は，Nakagawaらが指摘した統合失調症患者における自殺企図の予測のしにくさにも関係しているものと考えられる[15)]。

なお，原疾患の病状以外に自殺企図の誘因が認められにくいという特徴については，もちろん原疾患の重篤性を示すものでもあるが，一方で非統合失調症群において多く認められた勤務問題，男女問題が極端に少ないことからから考えて，通常の社会生活や人間関係が築けていないために原疾患以外が誘因となりにくいとも考えられる。また，Skodlerらは統合失調症患者の自殺に関する質的研究において，統合失調症患者の自殺念慮が他者との違いに気づくことによる孤独感や劣等感に強く関連していると報告しており[22) 23)]，通常の社会生活や人間関係が築けていないことが統合失調症患者にとっての心理的負荷となり，原疾患の病状の悪化から自殺企図につながった可能性を考える必要もある。

Ⅴ. おわりに

若年の統合失調症患者の自殺企図は原疾患の病状そのものを誘因としたものが多いという知見からは，統合失調症に関連した若年者の自殺企図を防ぐ方策として統合失調症患者の精神科医療施設への受療促進や通院継続支援が重要と考えられる。しかし，通常の社会生活や人間関係が築けていないという点が若年の統合失調症患者の自殺企図に影響していると考えると，単に統合失調症患者を精神科医療につなぐという方策だけでは不十分であり，統合失調症患者がスムーズに社会参加をしていけるための支援や環境作りが統合失調症に関連した若年者の自殺企図を防ぐ方策として極めて重要になると考えられる。

引用文献

1) American Psychiatric Association: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, Text Revision (DSM-IV-TR). Washington DC, American Psychiatric Association, 2000.
2) Caldwell CB, Gottesman II: Schizophrenics kill themselves too: A review of risk factors for suicide. Schizophr Bull 16: 571-589, 1990.
3) Dutta R, Murray RM, Hotopf M, Allardyce J, Jones PB, Boydell: Reassessing the long-term risk of suicide after a first episode of psychosis. Arch Gen Psychiatry 67(12): 1230-1237, 2010.

4) Fennig S, Horesh N, Aloni D, Apter A, Weizman A, Fennig S: Life events and suicidality in adolescents with schizophrenia. Eur Child Adolesc Psychiatry 14(8): 454-460, 2005.
5) Fenton WS, McGlashan TH, Victor BJ, Blyler CR: Symptoms, subtype, and suicidality in patients with schizophrenia spectrum disorders. Am J Psychiatry 154(2): 199-204, 1997.
6) Harkavy-Friedman JM, Restifo K, Malaspina D, Kaufmann CA, Amador XF, Yale SA, Gorman JM: Suicidal behavior in schizophrenia: characteristics of individuals who had and had not attempted suicide. Am J Psychiatry 156(8): 1276-1278, 1999.
7) Harris EC, Barraclough B: Suicide as an outcome for mental disorders. A meta-analysis. Br J Psychiatry 170: 205-228, 1997.
8) Inskip HM, Harris EC, Barraclough B: Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism and schizophrenia. Br J Psychiatry 172: 35-37, 1998.
9) Ishii T, Hashimoto E, Ukai W, Kakutani Y, Sasaki R, Saito T: Characteristics of attempted suicide by patients with schizophrenia compared with those with mood disorders: a case-controlled study in northern Japan. PLoS One 9(5): e96272, 2014.
10) Kasckow J, Felmet K, Zisook S: Managing suicide risk in patients with schizophrenia. CNS Drugs 25(2): 129-143, 2011.
11) Koeda A, Otsuka K, Nakamura H, Yambe T, Fukumoto K, Onuma Y, Saga Y, Yoshioka Y, Mita T, Mizugai A, Sakai A, Endo S: Characteristics of suicide attempts in patients diagnosed with schizophrenia in comparison with depression: A study of emergency room visit cases in Japan. Schizophr Res 142(1-3): 31-39, 2012.
12) Lui SY: Risk factors for deliberate self-harm and completed suicide in young Chinese people with schizophrenia. Aust N Z J Psychiatry 43(3): 252-259, 2009.
13) Miles CP: Conditions predisposing to suicide: a review. J Nerv Ment Dis 164: 231-246, 1977.
14) 内閣府自殺対策推進室, 警察庁生活安全局生活安全企画課：平成25年中における自殺の状況. 2014.
http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/toukei/h25.html (参照2014年12月15日).
15) Nakagawa M, Kawanishi C, Yamada T, Sugiura K, Iwamoto Y, Sato R, Morita S, Odawara T, Hirayasu Y: Comparison of characteristics of suicide attempters with schizophrenia spectrum disorders and those with mood disorders in Japan. Psychiatry Res 188(1): 78-82, 2011.
16) Palmer BA, Pankratz VS, Bostwick JM: The lifetime risk of suicide in schizophrenia: a reexamination. Arch Gen Psychiatry 62: 247-253, 2005.
17) Pompili M, Mancinelli I, Ruberto A, Kotzalidis GD, Girardi P, Tatarelli R: Where schizophrenic patients commit suicide: a review of suicide among inpatients and former inpatients. Int J Psychiatry Med 35: 171-190, 2005.
18) Pompili M, Amador XF, Girardi P, Harkavy-Friedman J, Harrow M, Kaplan K, Krausz M, Lester D, Meltzer HY, Modestin J, Montross LP, Mortensen PB, Munk-Jørgensen P, Nielsen J, Nordentoft M, Saarinen PI, Zisook S, Wilson ST, Tatarelli R: Suicide risk in

schizophrenia: learning from the past to change the future. Ann Gen Psychiatry 6(10): 2007.

19) Posner K, Oquendo MA, Gould M, Stanley B, Davies M: Columbia Classification Algorithm of Suicide Assessment (C-CASA): Classification of suicidal events in the FDA’s pediatric suicide risk analysis of antidepressants. Am J Psychiatry 164(7), 1035-1043, 2007.

20) Radomsky ED, Haas GL, Mann JJ, Sweeney JA: Suicidal behavior in patients with schizophrenia and other psychotic disorders. Am J Psychiatry 156(10): 1590-1595, 1999.

21) Sanchez-Gistau V, Baeza I, Arango C, González-Pinto A, de la Serna E, Parellada M, Graell M, Paya B, Llorente C, Castro-Fornieles J: Predictors of suicide attempt in early-onset, first-episode psychoses: a longitudinal 24-month follow-up study. J Clin Psychiatry 74(1): 59-66, 2013.

22) Skodlar B, Parnas J: Self-disorder and subjective dimensions of suicidality in schizophrenia. Compr Psychiatry 51(4): 363-366, 2010.

23) Skodlar B, Tomori M, Parnas J: Subjective experience and suicidal ideation in schizophrenia. Compr Psychiatry49(5): 482-488, 2008.

表1: 若年統合失調症患者における自殺企図の特徴

	若年 (n=80)	統合失調症群 (n=21)	非統合失調症群* (n=59)	significance	
男性/女性	31/49	13/8	18/41	*p=0.011*¶	χ^2=6.432
平均誘因数±SD	1.06±0.78	0.52±0.87	1.25±0.66	*p=0.002*§	
精神科通院中の者	61 (76.3%)	18 (85.7%)	43 (72.9%)	NS†	
自傷歴	42 (52.5%)	7 (33.3%)	35 (59.3%)	*p=0.041*¶	χ^2=4.195
（企図手段）					
過量服薬	50 (62.5%)	8 (38.1%)	42 (71.2%)	*p=0.007*¶	χ^2=7.236
飛び降り	18 (22.5%)	9 (42.9%)	9 (15.3%)	*p=0.009*¶	χ^2=6.767
切刺創	4 (5.0%)	3 (14.3%)	1 (1.7%)	NS†	
有毒ガス	2 (2.5%)	1 (4.8%)	1 (1.7%)	NS†	
縊頸	2 (2.5%)	0 (0%)	2 (3.4%)	NS†	
服毒	4 (5.0%)	1 (4.8%)	3 (5.1%)	NS†	
その他手段	1 (1.3%)	0 (0%)	1 (1.7%)	NS†	
（誘因）					
家庭問題	16 (20.0%)	2 (9.5%)	14 (23.7%)	NS†	
健康問題	1 (1.3%)	1 (4.8%)	0 (0%)	NS†	
経済・生活問題	7 (8.8%)	0 (0%)	7 (11.9%)	NS†	
勤務問題	14 (17.5%)	0 (0%)	14 (23.7%)	*p=0.016*†	
男女問題	15 (18.8%)	0 (0%)	15 (25.4%)	*p=0.008*†	
学校問題	10 (12.5%)	3 (14.3%)	7 (11.9%)	NS†	
その他	15 (18.8%)	4 (19.0%)	11 (18.6%)	NS†	

§Welch検定，¶カイ二乗検定，†Fisherの正確確率検定

*診断の内訳は，物質関連障害７例，大うつ病性障害・双極性障害１６例，気分変調性障害１０例，適応障害１６例，パーソナリティ障害１７例，その他診断５例，診断なし３例であり，統合失調症および他の精神病性障害，大うつ病性障害・双極性障害，気分変調性障害，適応障害については相互に診断の重複はなかったが，他の診断については診断の重複が認められた例が存在し，診断総数は人数と一致していない。

第2章　各論　～精神障害との関連～

4. 若年自閉スペクトラムの自殺

東海大学医学部専門診療学系精神科学
講師　三上　克央

- 欧米での若年自殺の観察研究は1990年代にほぼ出揃ったが，自閉スペクトラム概念が国際舞台に登場したのは1980年以降であり，自閉スペクトラムは若年自殺の観察研究の対象とならなかった。
- 近年，自閉スペクトラムの自殺例の症例報告や自殺関連行動の症例対照研究が散見されるようになり，少しずつ臨床的特徴が明らかになってきた。
- 本総説では，autism，pervasive developmental disorder, Asperger syndrome, autism spectrum disorderとsuicideのキーワードを組み合わせPubMedで検索し，若年自閉スペクトラムの自殺に関する論文を選択した。
- 自験例による若年自閉スペクトラムの自殺企図例は，以下の臨床的特徴が示唆された。すなわち，頻度は若年自殺企図例のおよそ12%に認め，性別は男性の頻度が高かった。精神医学的診断では適応障害を併存する頻度が高く，うつ病だけでなく適応障害も危険因子となる可能性が示唆された。そして，より致死的な手段で企図する傾向を認め，初回企図で既遂に至る可能性が高いことが示唆された。さらに，対人関係構築の繰り返しの失敗による自尊心の低下を認めるにもかかわらず，家族内葛藤故に相談できない状況が存続し，そのために形成された社会的孤立感が心理社会的準備因子の１つと考えられた。
- 若年自殺企図例の再企図防止のためには，自殺準備因子の認識と介入が重要であり，本総説では，若年ASD例の自殺再企図を長期に防止した我々の報告を通じて，自殺準備因子の認識と介入による若年ASD例の自殺再企図防止のアプローチを提案した。

Ⅰ. はじめに

自閉スペクトラム（Autism Spectrum Disorder，以下ASD）は発達障害の１つであり，対人相互性，コミュニケーション，行動や興味の限定的，常同的な様式に問題を認める。ASDは，中枢神経系の障害という生物学的基盤を有することから，児童精神医学に位置付けられるが，児童に特化した疾患概念ではない。ASDを有する者は，すでに児童期から医療機関を受診する場合がある一方で，思春期・青年期を迎えてはじめて社会的適応の困難性に遭遇することがある。とりわけ，高機能と称されるASD例は，非言語的にはともかく，言語的コミュニケーションに明確な問題を認めず，学童期にASDの存在に気付かれないことがある。そして，複雑な社会的課題や高度な対人関係の技術が要求される青年期になってはじめて，抑うつや不安などの精神症状

や不登校や自殺などの問題行動を呈し，精神科外来を受診することは少なくない。

若年の自殺既遂者や自殺未遂者の精神医学的な臨床研究は，自殺の増加に歯止めをかけるべく，1980年代以降英米，北欧，オセアニアを中心に膨大な観察研究が進められてきた[4)]。若年自殺の精神医学的特徴は明らかになりつつあり，当該観察研究の成果に基づき欧米では介入研究や予防研究の段階にある。かかる状況にもかかわらず，若年ASDの自殺はほとんど疫学研究の対象とされてこなかった。この現状は，1980年代以降自殺研究が進められてきた注意欠如・多動症（Attention Deficit/Hyperactivity Disorder，以下ADHD）と対照的である[7)]。それはおそらく，ASD概念が，「広汎性発達障害」として国際的な診断概念として登場したのが1980年に発刊されたDSM-III以降であるのに対して（アスペルガー症候群の概念は「アスペルガー障害」としてDSM-IV以降に登場），ADHDは，呼称の変遷を経てきたものの概念自体はそれ以前から国際的に認知されてきた事情が関連している。

このように，欧米の若年自殺の観察研究は1990年代後半までに出揃った経緯があり，発展途上のASD概念を考慮することなく自殺研究が進められてきたと推測された。ASDの自殺研究は黎明期であり，このような状況を踏まえ，本総説では若年ASDの自殺に焦点を当て詳述したい。本総説は，autism，pervasive developmental disorder, Asperger syndrome, autism spectrum disorderとsuicideのキーワードを組み合わせPubMedで検索し，主に若年自閉スペクトラムの自殺企図に関する論文を選択した。なお，本総説で検討した論文はDSM-IVを診断基準としている。したがって，本稿で使用するASD概念は，DSM-IVの広汎性発達障害概念とほぼ同義の概念とする。

Ⅱ. 若年ASDと自殺

1．先行報告

アスペルガー症候群を国際舞台に登場させる契機となったWingの論文に，アスペルガー症候群例の自殺に関する記載がある[30)]。また，Gillbergはその著書の中でアスペルガー症候群の自殺に触れている[3)]。近年，ようやくASDの自殺企図に関する症例報告 が，若年例[9) 14)]と成人例[18) 25) 26)]ともに蓄積されてきた。しかし，ASDの自殺の臨床的特徴や頻度などを検討した観察研究は未だ乏しい状況である。

筆者らは，2004年から若年者の自殺企図の観察研究を重ね，救命救急センターに搬送される若年の自殺企図症例に一定の頻度でASD例が存在することを認識してきた[20)]。このような臨床経験を踏まえ，我々はASDの自殺企図例の臨床的特徴を明らかにすべく，以下の症例対照研究を行った[13)]。2004年10月から2007年7月までに当院高度救命救急センターを1377名の自殺企図例が受診し，960名が入院となった。その入院患者の中で，20歳未満の94名（連続サンプル）を対象とし，ASD群と非ASD群とに分類し比較検討した。精神医学的診断はDSM-IV-TRに基づいて行い，診断と評価の補助としてWAIS-RやWISC-III，Autism-Spectrum Quotient-Japanese version[1) 10)]を使用した。結果を表１に示した。94名の思春期自殺企図例中12名（12.8%）にASDを認めた。患者背景では男性の頻度が有意に高く（男性例に限れば，35.7%に認めた），精神医学的診断では気分障害，もしくは不安障害に罹患している頻度が有意に低かった。また，ASD群はより致死的な手段で企図する傾向があり，自殺企図歴がない傾向や自殺企

図以前に精神科通院歴がない傾向を認めた。さらに，ASD群に自閉症例を認めなかった。なお，12名のASD例中９名にWAIS-RやWISC-IIIを施行したところ，８名は高機能であった。

この我々の報告を端緒に，近年ASDの自殺関連行動の臨床研究が少しずつ報告され始めた[11) 23) 24) 27)]。若年例を対象とした研究では，Mayesらが，791名のASD群（平均6.6歳）（自閉症とアスペルガー 症候群，低機能群と高機能群が混在）と186名（平均8.7歳）の定型発達者の自殺関連行動（自殺企図，自殺念慮）の頻度を比較し，ASD群が28倍高い（13.8% versus 0.5%）ことを報告した[11)]。そして本研究は，ASD群の自殺関連行動のリスクファクターとして，10歳以上，人種，うつ，そして攻撃性を示唆した。

Storchらは，102名（平均10.5歳）の不安症状を呈する高機能ASD群（自閉症（n=28），アスペルガー 症候群（n=39），PDDNOS（n=35））に11%の自殺関連行動（自殺企図，自殺念慮，自殺の計画）を認め，自閉症群の方が，アスペルガー群と比べ自殺関連行動を認めやすく，自殺関連行動を認めるASD群の方が，うつとPTSDを併存する頻度が高いことを報告した[27)]。

さらに近年，少しずつではあるがASDの自殺関連行動研究のReviewが散見されるようになった。Hannon とTaylorは，ASDの自殺関連行動について最初のsystematic reviewを試みた[5)]。このreviewで著者らは，我々が日本語で報告したASD自殺企図症例[18)]を最初の報告と位置付けるとともに，我々の 症例対照の横断研究[13)]を詳細に検討し，若年の自殺企図例においてASDを認識することの重要性を論じている。

２．若年ASDの自殺企図の特徴

自殺企図（未遂）と自殺既遂の診断プロファイルは類似する[4)]。したがって，若年自殺既遂の特徴を考察するには，心理学的剖検が困難であれば自殺企図研究を参考にすることが望ましい。近年，Mayesら[11)]とShorckら[27)]の研究など若年ASD例の自殺関連行動の研究は散見されるが，若年の自殺企図群を直接対象とした観察研究は，現時点では自験例以外に報告はない。したがって，以下の若年ASDの自殺企図例の特徴は，自験例を中心に据えて論じたい。

①頻度，性別

若年自殺企図例を対象とした自験例では，12.8%にASD例を認めた。自験例は症例対照研究ではあるが，一般集団との比較ではないため，ASD自体が自殺企図のリスクか否かは不明である。しかし，わが国での幼児期におけるASDの有病率と比べると[6)]，12.8%という頻度は低くはない。一方，ASD例のみを対象としたMayesらの報告では，7.2%に自殺企図歴を認め，10.9%に自殺念慮を認め[11)]，Storchらの報告では10.8%に自殺関連行動を認めた[27)]。さらにMayesらは，定型発達者と比較し，ASD群が自殺関連行動を呈する頻度が28倍高いことを報告した[11)]。Mayesらの研究対象者は10歳未満であり，思春期以降に認められる一般的な自殺企図群の臨床像ではないが，定型発達群と比較し，ASD群は自殺関連行動の頻度が高いことを示した。

また，性別ではASD群は男性の頻度が高く，さらに男性の自殺企図例中の35.7%にASDを認めた[13)]。

②企図手段

自験例では，ASD群は，より致死的な手段で自殺企図に及ぶ傾向を認めた（表1）。我々は，救命救急センターに入院となった成人ASDの自殺企図例についても定型発達群との比較対照研究を試みたところ，ASD例は思春期例と同様に，より致死的な手段で自殺企図に及んだ[8)]。さらに，自験例のASD群は自殺企図歴がない傾向を認めた[13)]。これらの事情を勘案すると，ASD例は初

回の自殺企図で既遂に至る可能性が，非ASD例と比べ高いと考えられた。このことは，ASD群で男性の頻度が有意に高いことも関連していると思われた（表1）。Gillbergは，アスペルガー症候群の男児は，縊首，服毒，飛び降りなどの暴力的な手段で自殺を図ることが多いと述べている[3]。

それでは，なぜASD例は致死的な手段を選択しようとするのであろうか。理由の１つは，ASDに由来する想像力の欠如[31]に起因していると考えられた[8) 14)]。ASDの児に強い固執性を認め，ごっこ遊びが少ないのは，周囲の現実を模倣し架空のものとして想像する能力の欠如があるからと考えられている。もちろん，ASD例も想像力自体は有し，むしろ豊かな創造性を有する者もいる。自殺で問題となるのは，自分にまつわる行動を予測する想像力を欠く点である。自殺に及ぶ際，定型発達者は自殺した結果に対する様々な想像と葛藤が最後まで自殺抑止に働くと思われる。そしてその抑止力を超え自殺に及び，自殺が失敗に終わると，その後の実生活の想像や葛藤を語ることがある（何も語らないこともある）。しかし，自殺企図後のASD例に救急現場で接すると，彼ら（彼女ら）は時として雄弁に語るが，話しの内容からは，少し想像すれば生じるであろう深刻な問題が伝わってこないことがある。また，彼ら（彼女ら）に自殺に及んだ様子を聞くと，そこには想像による抑止力が働いていないと感じることがある。そのような想像による抑止力が乏しいことから，彼ら（彼女ら）の独特の論理や固定観念に基づいて周囲の考えの及ばない思考プロセスで，しかもより致死的な手段で自殺に至ると考えられた[15) 19)]。そして，衝動性は自殺のリスクと関連するが[2) 12)]，ASDの症状の１つである衝動性や爆発性は，ASDの自殺企図例が致死性の高い手段の選択に拍車をかけると考えられた。

③併存症

抑うつと不安は，若年ASDの併存症として一般的に認められる[19) 21)]。また，近年のASDの自殺関連行動研究や総説は，若年ASDの自殺関連行動はうつ病の併存を指摘している[5) 11) 27)]。一方我々の研究では，うつ病だけでなく適応障害もまたASDの自殺企図を促進する要因であることが示唆された（なお，自験例の対象は自殺企図例であり，対照群は一般集団ではなく，厳密な意味で危険因子かどうかは明らかではない）。すなわち，自殺企図したASD例のなかで，思春期例では83%に[13]，成人例では70%に適応障害を認めた[8]。また，ASDの自殺企図の我々の症例報告[14) 18)]もSpencerらの症例報告[26]も，自殺企図による入院時は適応障害を認めた（我々の報告した症例では，うつ病の既往も認めなかった）。したがって，定型発達例では適応障害自体は自殺のリスクではないが，ASDに併存する場合には，自殺のリスクとなり得ることを念頭に置かねばならない。

④診断

自験例ではASD群の12名に自閉症例を認めなかった[13]。症例数が少ないため明言はできないが，少なくとも若年ASDの自殺企図例では自閉症例の頻度が低いことが示唆された。理由の1つは，自閉症であればより早期に医療とかかわっていることが考えられた。ASDの自殺企図例は，より高度なスキルが要求される思春期以降の対人関係や社会生活上の破綻が契機として存在し，そこに彼ら（彼女ら）独特の限定的な思考形式や固執性が加わり問題へ発展していると思われた。すなわち，アスペルガー症候群や特定不能のASD例は，非言語的にはともかく，言語的コミュニケーションスキルは自閉症例と比べかなり高い能力を有している。このことから，学習に問題がなければ学童期を通常学級で過ごし，その後進学し就職する者も少なくはなく，そのことがかえって対人関係や社会生活上の深刻な問題の起因となっていると考えられた[13]。そして，このような比較的良好な言語的コミュニケーションスキルを有するASD例は，対人関係や社会生活

上の深刻な問題が生じるまで，さらには自殺企図に至るまで，医療とつながることがない。自験例では，精神科通院歴がない頻度は，ASD群の方が高かったが（表1），この結果は上記事情が関連していると思われた。Gillbergは，思春期頃からアスベルガー症候群の自殺関連行動が増え，人生で求められる社会的要求に応じられないという思いやいじめが自殺の最大の誘因となると述べている[3)]。

⑤心理社会的要因

Hannon とTaylorは，ASDの自殺関連行動の危険因子の1つとしていじめの経験を指摘している[5)]。自験例では，12名のASD自殺企図例中9名にいじめの経験を認めた[13)]。症例報告でも，就学以降のいじめや対人関係構築の失敗の生活歴が示された[14) 18)]。筆者らは，このような対人関係構築の繰り返しの失敗による自己評価や自尊心の低下を認めるにもかかわらず，家族内葛藤故に長年相談できず，そのために形成された社会的孤立感を心理社会的準備因子（後述）の1つとして指摘した[13) 14) 18)]。そして，その幼少期からの家族内葛藤の多くは，本人の独特の論理や固定観念への固執と，養育者のASD概念への不十分な理解が介在し，一層複雑な様相を呈していた[14) 18)]。

⑥自殺企図を促進させる要因

以上の若年ASDの自殺企図例の特徴について，自殺企図を促進させる要因という視点からまとめると，以下の要因が複数存在することにより，自殺企図を促進すると思われた[14)]。すなわち，併存症としてはうつ病だけでなく適応障害が示唆されること，高い衝動性を有すること，精神科通院歴がないこと（または，通院中でも適切な診断と対応を受けていないこと），長年にわたる対人関係構築の失敗を繰り返し自尊心が顕著に低下していること，幼少期より家族内葛藤が存在しそこには本人と家族によるASD概念の理解の乏しさが介在していることが考えられた。もちろん，以上の要因が若年ASDの自殺企図の危険因子かどうかは，さらなる研究の蓄積を待たなくてはならない。

表１　思春期ASDの自殺企図例の臨床的特徴（文献１３より改変して引用。筆者訳）

	ASD群 (n = 12)*	非ASD群 (n = 80)*	*P*値†
平均年齢（SD）	17.1（1.6）	16.9（1.6）	0.75
男性（%）	5（41.7）	9（11.3）	0.017
自殺企図手段（%）			
過量服薬	7（58.3）	63（78.7）	
その他‡	5（41.7）	17（21.3）	0.150
精神疾患			
気分障害（%）	1（8.3）	28（35.0）	0.095
不安障害（%）	1（8.3）	17（21.3）	0.448
気分障害もしくは不安障害（%）	2（16.7）	39（48.8）	0.037

*比較検討する症例数から２名の診断保留例は除外された。
† Mann-Whitney U testとchi-square test (もしくはFisher's exact test) を使用して解析した。
‡ ASD群：飛び降り３名，一酸化炭素中毒１名，毒物服用１名
非ASD群：飛び降り９名，一酸化炭素中毒３名，毒物服用３名，
腹部刺傷１名，縊首１名

Ⅲ．若年ASDの自殺企図例に対する自殺再企図防止のアプローチ

１．自殺準備因子

若年ASDの自殺企図例に対しては，関係者（養育者や学校関係者，地域の行政など）と環境調整を行い，直接の誘因となったストレス状況を改善することが喫緊の課題であるが，それだけでは若年の自殺再企図防止は困難である。筆者らは，若年自殺企図例の再企図防止のためには，自殺準備因子の認識と介入が重要と指摘してきた[16) 17)]。そして自殺準備因子とは，直接の誘因を契機に自殺企図を促進させる可能性のある内在因子であり，具体的には精神疾患と心理社会的準備因子と捉えてきた。我々は，ASD例の自殺再企図を長期にわたり防止した報告を通じて，自殺準備因子の認識と介入によるASDの自殺再企図防止のアプローチを提案してきた[14) 18)]。

２．精神疾患の評価と介入

若年自殺企図例では，海外でも国内でも80～90%に何らかの精神疾患を認めることから[4) 20) 22) 28) 29)]，精神症状を慎重に評価し，適切な診断に基づき薬物療法や認知行動療法により治療することは，自殺の再企図防止のためにも重要なことである。そしてASD例では，診断を告知すること（ASDの特性を本人の特徴に合わせて本人と家族に丁寧に説明すること）自体が自殺再企図防止の端緒となる[14) 18)]。もちろん，ここでの告知は単に疾患名を本人や家族に告げることが目的ではない。ASD例での告知の目的は，ASDの認知行動特性を本人の特徴に合わせて説明することにより，ⅰ学校や家庭内でなぜこれまでうまく適応できなかったかを本人と家族が整理すること，ⅱ患者が自分の不得手な認知行動特性を認識すること，ⅲ家族がASDの特性を本人の特徴に合わせて理解し，本人に対する家族の受容を期待するところにある。すなわち，ASDにおける告知は治療的意義が強く，それだけに時宜を得たタイミングで慎重に行わなければならない。そして，適切なタイミングの告知により，養育者や本人が肩の荷をおろす場面を臨床現場ではよく経験する。その後の治療プロセスは，患者が対人関係のスキルや言語および非言語的なコミュニケーションスキルを習得することに加え，今後予測される困難な場面の回避や苦手な状況で工夫するスキルを取得することが中心となる。ひとたび自分を認識したASD例は，このようなスキルの取得に積極的に取り組むことを臨床場面でしばしば経験する。もちろん，うつ病や不安障害が併存する場合には薬物療法を併用する場合がある。

３．心理社会的準備因子の認識と介入

しかし，若年の自殺再企図防止のためには，このような精神医学的診断と本人（および親）教育，そして薬物療法のみの介入では不十分である。若年者の自殺再企図防止には，本人の社会的孤立感を軽減することが重要であり，そのためには家族の保護機能を強化することにより，家族に本人が援助希求できる環境を取り戻す必要がある。そしてそのためには，強いストレスを受けながら周囲に積極的に相談できなかった（してこなかった）プロセスを幼少期からたどり，その長年のプロセスを心理社会的準備因子として認識することが重要である。とりわけ若年ASDの自殺企図例は，前述のように適応障害を併存する頻度が高く，薬物療法が再企図防止の一助となるケースが少なく，心理社会的準備因子を丹念に整理し介入することが必要となる。

恋愛関係の破綻，学業問題，対人関係など自殺企図の誘因として頻繁に挙げられる問題に子どもたちが遭遇した場合，当該直接因子の解決や回避を図るための環境調整が急務であることは言

を俟たない。一方で，それらの問題だけで自殺企図に至ったか否かは，心のさらに奥深いところに横たわる心理社会的準備因子の影響も念頭に置く必要がある。

そして，若年自殺企図例の心理社会的準備因子を認識するためには，本人の生育歴を治療当事者間で丹念に整理することが重要である[16)]。ここでの治療者の役割は，家族力動を丁寧に扱い，両親の養育史と本人の主観的家族体験を調整し，両者に腑に落ちた感覚を橋渡しするところにある。そして，自殺再企図防止のためには，そのような作業を丹念に積み重ねることで家族の保護機能を強化し，本人の社会的孤立感の軽減を図ることが重要である。一方，家族機能の脆弱性故に，様々な支援を考慮しても家族の保護機能の強化が困難な場合は，本人が援助希求できる環境を別途考慮しなければならない。

若年ASDの自殺企図例の多くは，繰り返す対人関係構築の失敗による自尊心の低下を認め，かかる状況にもかかわらず，容易に相談できない家族内葛藤が幼少期から存続し，そのため社会的孤立感を有するに至ったと考えられた。我々は，その幼少期からのプロセスを心理社会的準備因子の１つと指摘してきた[13) 14) 18)]。そして，その家族内葛藤の多くは，本人の独特の論理や固定観念に対する固執と，養育者のASD概念に対する不十分な理解が介在し，それらが相互に影響を及ぼし複雑な様相を呈していた[14) 18)]。対人関係や社会生活上の破綻により緊張が高まっても，家族に相談せずに社会的孤立感を感じ，生きることへのあきらめを感じる若年ASDの自殺企図例を，我々は高い頻度で経験してきた。

４．地域との連携

若年例であっても自殺未遂歴は自殺既遂の最大のリスクファクターの１つであり[4)]，１人の自殺未遂者の自殺再企図防止は決して容易ではない。本稿は，自殺再企図防止について医療現場での知見を中心に論じたが，重要なことは，自殺に遭遇した者は，主治医も含め，決して１人で問題解決を図ろうとしないことである。ASD例に限ることなく，若年自殺企図例の再企図防止のためには，教育現場，地方公共団体や民間団体，医療（医師や看護師，心理士，ソーシャルワーカーなど），家族が連携し，そして主治医がそれらの支援の調整役となり，粘り強く取り組むことが肝要である。

５．自殺再企図防止の可能性

若年ASDの自殺企図例の場合，以上の丹念なアプローチが奏効し本人がひとたび自殺しない決意を固めると，自殺再企図の蓋然性が感じられなくなる症例をしばしば経験する。これは，自殺企図後の治療的アプローチにより，自殺関連行動が消長を繰り返しながら消退していく若年の定型発達例の場合とは対照的である。すなわち，経験論の域を出ないが，若年ASDの自殺企図例は，初回の自殺企図で既遂に至る危険性は高いが，幸い未遂に終わり思春期の段階で自殺再企図防止の治療システムに乗れば，再企図防止を期待できる一群と考えられた。

Ⅳ．おわりに

本稿では，若年ASDの自殺企図の臨床的特徴を検討し，かかる特徴を踏まえて自殺再企図防止のアプローチについて考察した。乏しい先行研究のなかで，若年ASDの自殺企図例にはいく

つかの際立った臨床的特徴が見出され，それらの特徴は若年ASD例の自殺再企図防止のための手掛かりと幾許かのヒントを与えてくれた。ASDの自殺研究は黎明期であり，これからさらなる研究成果の報告が期待される。自殺再企図の防止は容易ではないが，若年ASDの自殺企図例に対応する者は，現時点の知見を踏まえつつ，再企図防止の最善の方策を講ずる必要がある。

引用文献

1) Baron-Cohen S, Wheelwright S, Skinner R, J Martin, E Clubley: The autism-spectrum quotient (AQ): evidence from Asperger syndrome/high-functioning autism, males and females, scientists and mathematicians. J Autism Dev Disord31: 5-17, 2001.
2) Dumais A, Lesage AD, Alda M, Rouleau G, Dumont M, Chawky N, Roy M, Mann JJ, Benkelfat C, Turecki G: Risk factors for suicide completion in major depression: a case–control study of impulsive and aggressive behaviors in men. Am J Psychiatry 162: 2116-2124, 2005.
3) Gillberg C: A guide to Asperger syndrome. Cambrige University Press, London, 2002. (田中康雄監修．森田由美訳：アスペルガー症候群がわかる本　理解と対応のためのガイドブック．明石書店，東京，2003.)
4) Gould MS, Greenberg T, Velting DM, Shaffer D: Youth suicide risk and preventive interventions: a review of the past 10 years. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 42: 386-405, 2003.
5) Hannon G, Taylor EP: Suicidal behaviour in adolescents and young adults with ASD: findings from a systematic review. Clin Psychol Rev 33: 1197-1204, 2013.
6) Honda H, Shimizu Y, Misumi K, Niimi M, Ohashi Y: Cumulative incidence and prevalence of childhood autism in children in Japan. Br J Psychiatry 169: 228-235, 1996.
7) James A, Lai FH, Dahl C: Attention deficit hyperactivity disorder and suicide: a review of possible associations. Acta Psychiatr Scand 110: 408-415, 2004.
8) Kato K, Mikami K, Akama F, Yamada K, Maehara M, Kimoto K, Kimoto K, Sato R, Takahashi Y, Fukushima R, Ichimura A, Matsumoto H: Clinical features of suicide attempts in adults with autism spectrum disorders. Gen Hosp Psychiatry 35: 50-53, 2013.
9) Kocourkova J, Dudova I, Koutek J: Asperger syndrome related suicidal behavior: two case studies. Neuropsychiatr Dis Treat 9: 1815-9, 2013.
10) Kurita H, Koyama T, Osada H: Autism-Spectrum Quotient—Japanese version and its short forms for screening normally intelligent persons with pervasive developmental disorders. Psychiatry Clin Neurosci 59: 490–496, 2005.
11) Mayes SD, Gorman AA, Hillwig-Garcia J, Syed E: Suicide ideation and attempts in children with autism. Res Autism Spectr Disord 7: 109-119, 2013.
12) McKeown RE, Garrison CZ, Cuffe SP, Waller JL, Jackson KL, Addy CL: Incidence and

predictors of suicidal behaviors in a longitudinal sample of young adolescents. J Am Acad Child Adolesc Psychiatry 37: 612–619, 1998.
13) Mikami K, Inomata S, Hayakawa N, Ohnishi Y, Enseki Y, Ohya A, Haruki Y, Kishi Y, Shinohara Y, Ichimura A, Matsumoto H: Frequency and clinical features of pervasive developmental disorder in adolescent suicide attempts. Gen Hosp Psychiatry 31: 163-166, 2009.
14) Mikami K, Onishi Y, Matsumoto H: Attempted suicide of an adolescent with autism spectrum disorder. Int J Psychiatry Med 47: 263-271, 2014.
15) 三上克央：発達障害の自殺．精神科治療学25: 199-205, 2010.
16) 三上克央，猪股誠司，早川典義，玉井康之，市村 篤，渡辺俊之：思春期自殺企図例に対する自殺再企図防止のための家族アプローチ：長年の家族背景が自殺準備因子である事例への試み．家族療法研究 26: 56-64, 2009.
17) 三上克央，岸 泰宏，松本英夫：思春期における自殺企図の１例：背景となった心理・社会的準備因子の認識と介入の重要性を中心に. 精神医学48: 331-338, 2006.
18) 三上克央，大屋彰利，赤坂 邦，松本英夫:青年期アスペルガー障害における自殺企図の１例. 精神神経学雑誌 108: 587-596, 2006.
19) 三上克央：青年期以降の自閉症スペクトラムの併存障害と自殺行動．精神神経学雑誌，第108 回日本精神神経学会学術総会, SS96-102, 2013.
20) 三上克央，猪股誠司，早川典義，大屋彰利，安藤英祐，大園啓子，市村 篤，松本英夫：思春期における自殺企図の臨床的検討；入院を必要とした症例を中心に．精神医学 48(11): 1119-1206, 2006.
21) Mukaddes NM, Fateh R: High rates of psychiatric co-morbidity in individuals with Asperger’s disorder. The World Journal of Biological Psychiatry 11(2 Pt 2): 486-492, 2010.
22) 成重竜一郎，川島義高，齊藤卓弥，大久保善朗：児童・青年期の自殺未遂者の原因・動機に関する検討．児童青年精神医学とその近接領域 53(1)：46-53, 2012.
23) Paquette-Smith M, Weiss J, Lunsky Y: History of suicide attempts in adults with Asperger syndrome. Crisis 35: 273-277, 2014.
24) Raja M, Azzoni A, Frustaci A. AUTISM Spectrum Disorders and Suicidality. Clin Pract Epidemiol Ment Health 7: 97-105, 2011.
25) Simoncini M, Miniati M, Vanelli F, Callari A, Vannucchi G, Mauri M, Dell'Osso L. Lifetime autism spectrum features in a patient with a psychotic mixed episode who attempted suicide. Case Rep Psychiatry. In press.
26) Spencer L, Lyketsos CG, Samstad E, Dokey A, Rostov D, Chisolm MS: A suicidal adult in crisis: an unexpected diagnosis of autism spectrum disorder. Am J Psychiatry168: 890-892, 2011.
27) Storch EA, Sulkowski ML, Nadeau J, Lewin AB, Arnold EB, Mutch PJ, Jones AM, Murphy TK: The phenomenology and clinical correlates of suicidal thoughts and behaviors in youth with autism spectrum disorders. J Autism Dev Disord 43: 2450-2459, 2013.

28) 土岐 茂，光元麻世，日域広昭，町野彰彦，岡本泰昌，谷川攻一，山脇成人：救命救急センターより紹介された思春期自殺企図例．精神医学 55(2)：151-156, 2013.
29) 渡辺由香，尾崎 仁，近藤直司：子どもの自殺関連行動．精神科24: 128-134, 2014.
30) Wing L: Asperger’s syndrome: A clinical account. Psychol. Med 11: 115-129. 1981.
31) Wing L: The autistic spectrum. Lancet 350: 1761-1766, 1997.

第3章　総論　～若年者の危機と保護的要因～

1．心理学の立場からみた理論的検討

一般社団法人日本心理臨床学会　学会総合検討委員会・自殺対策専門部会/
新潟県立大学人間生活学部子ども学科
講師　**勝又　陽太郎**

- 本稿では，自殺に至る個人の心的過程，あるいは自殺に関連する様々な要因間の相互作用過程を説明する心理学的理論を中心にレビューを行った。
- 具体的には，すでに提示されている自殺の心理学的理論に関して，どの程度実証研究によって科学的根拠が蓄積されているのかを整理した。
- レビューの結果，認知的な自殺傾向（自殺念慮）のみならず，将来の自殺関連行動（自傷行為，自殺企図）を一定程度予測することが実証されている理論として，絶望感理論と対人関係理論の２つの理論が挙げられた。
- これまでの実証研究の結果から，対人関係理論において自殺を引き起こす要因とされている「所属感の減弱」と「負担感の知覚」といった２つの要因に同時に働きかけることが，今後の若年者の自殺予防対策において重要な視点であると考えられた。
- 本レビューの結果は，臨床場面におけるアセスメントの精度を高めるためだけでなく，自殺対策における介入の有効性を示すアウトカム指標を「自殺行動の減少」以外に設定する場合に，どのような要因のどのような変化に着目することができるのかといった情報としても活用可能であると思われる。

Ⅰ．はじめに

本稿では，心理学の立場から若年者の自殺の危機について論じる。ただし，ここでいう「心理学の立場」とは，あくまでも先行研究のレビューをもとに，心理学領域において自殺という現象がどのように扱われてきたのかといった視点で議論を進めるという程度の意味であることに留意されたい。

まず，国内外の文献検索システム（MEDLINE，PsycINFO，CiNii）において，自殺（suicide）と心理学（psychology）というワードを使って検索した結果，およそ2つの研究領域が認められた。1つは自殺関連行動に影響を及ぼす個人要因を探索・測定しようとする研究領域であり，特にパーソナリティ特性等の心理尺度で測定される要因が，自殺に関連する「心理学的要因」として主たる研究の対象とされてきた。近年の自殺予防研究の主流は，すでに本報告書の他の章で報告されているような自殺の危険因子（risk factor）を統計学的に明らかにすることを目的とした医学的研究であるが[20) 32)]，上記のようなパーソナリティ特性等の心理学的要因と自殺関連行動との関連性を明らかにする研究も，この危険因子を明らかにする研究の一つとして位置づけられるといってもよいだろう。実際，これまで心理学的要因を含めて数多くの自殺の危険因子が明ら

かにされており，そうした危険因子間の関係や各危険因子の相対的な影響力の大きさ等についても検討が行われている。

しかしながら，単にこうした危険因子を並列的に加算するだけでは個々の自殺の発生を予測することが難しいこともまた事実である。確かに，先行研究によって，各危険因子が自殺の発生確率をどの程度高めるのかは明らかになってはいるものの，実際に比較的影響力の大きい自殺の危険因子を複数並列した説明モデルを検討しても，「自殺関連行動指標」（自殺念慮・自殺企図などをすべて含めた合成変数）の分散説明率は30％にも満たないことが明らかにされている[28]。したがって，個々の自殺関連行動の予測精度を高め，自殺予防の取り組みに研究成果を活用するためには，これまで明らかにされている危険因子同士が時間軸の中で量的・質的にどのように関連するのかについての精緻な理論的検討が必要不可欠といえる。実は，心理学領域における自殺研究のもう1つが，まさにこうした自殺に至る個人の心的過程，あるいは自殺の背景にある個人要因と環境要因との相互作用過程を理論的に説明または実証しようとする研究領域である。

では，これらの心理学的研究は具体的にどのように自殺予防の取り組みに貢献することができるのだろうか。第一には，主として対人援助に携わる専門家が個別の援助場面において，自殺リスクのアセスメントの精度を高めるための情報として活用するといったことが考えられよう。対人援助職が先に述べたような自殺のリスクを高める要因を理解し，個々の事例において自殺企図が生じるプロセスを分析することは，通常の臨床活動において必須のスキルであり，心理学的研究の成果は活用価値の高い情報であると考えられる。

他方で，上記のような心理学的研究の成果は集団や地域における自殺予防対策の介入対象と評価指標を適切に設定することにも活用できるかもしれない。そもそも自殺は発生確率の低い現象であるため，自殺予防プログラムの有効性を示すアウトカム指標を自殺死亡率の減少だけにすることは望ましくないとされており[49]，自殺死亡だけでなく自殺未遂や自殺念慮の低下を介入プログラムの有効性を示すアウトカムとして用いることも多い。しかし，たとえばゲートキーパー研修といった非専門家がかかわる対策のように，介入プログラムの内容によっては，こうした自殺関連行動の減少を介入による直接的な評価指標として用いることが現実的に難しい場合もある。このような状況に対応する上で，これまで明らかにされている様々な危険因子間の関連性が理論的に統合され，かつその理論によって将来の自殺関連行動を一定程度予測することが実証されているならば，こうした「自殺関連行動の減少」を直接の介入アウトカムとするだけでなく，理論的に自殺関連行動の減少につながる他の要因を対策の評価指標として設定することも可能となる。

以上を踏まえ，本稿においては，すでに提示されている主要な理論の妥当性について実証研究に基づくレビューを行ったうえで，理論的観点から若年者における自殺予防対策を今後どのように計画・評価していくことが望ましいのかといった点について考察を行う。

Ⅱ．自殺関連行動を説明する主たる理論の概要とエビデンス

1．逃避理論（Escape theory）

自殺の逃避理論（Escape theory）はBaumeister（1990）によって提示された心理社会的理論であり，6段階で構成された要因の連鎖が自殺企図を引き起こすと仮定されている[3]。まず，非現実的な期待やネガティブなライフイベントによって「期待に応えられていない」あるいは「要

求水準を満たしていない」といった信念が引き起こされ（第1段階），その「失敗」を自己に帰属して（自分で自分を責めて）しまうことで（第2段階），過度な自己認識（自己注目）状態に陥る（第3段階）。このようにして自己への注目が過剰になるとネガティブな状況と関連した自己非難への注意も増大し，ネガティブな感情が生じやすくなるが（第4段階），こうしたネガティブな感情体験は強烈な嫌悪的体験であるため，それが続くと「認知的解体（cognitive deconstruction）」と呼ばれる非統合的な認知の状態を引き起こしてしまう（第5段階）。この認知的解体の状態は，目先の物事に目を奪われた（現在指向的な）狭窄した認知の状態であり，こうした認知的解体の結果，非理性的な認知や，脱抑制された（衝動的な）行動，あるいは情動の欠如といった状態が生じる（第6段階）。Baumeister（1990）によれば，上記の過程を経て，自己や世界の出来事に関する嫌悪的感情から逃れる努力として自殺企図が生じるという[3]。

先行研究においては，まず，高い自己認識レベルと現実逃避的な願望を持っている者において，要求水準を満たしていないという思いと自殺念慮の間に有意な関連が認められている[8]。同様に，近年では，失敗体験のプライミング条件において，内的帰属傾向と閾値下の自殺念慮（implicit suicidal mind）とが関連することも報告されている[43]。また，この要求水準を満たしていないという思いを高める要因でもある完全主義傾向（perfectionism）と要求を満たすことができなかったことに対する罪悪感は，ともに自殺念慮と自殺企図に関連するというエビデンスもいくつかの研究で示されている[11] [12]。さらに，ネガティブな感情や現在指向の狭窄した認知，あるいは脱抑制された行動（衝動的行動）といった各要因についても，自殺念慮や自殺企図に強く影響を及ぼすことが報告されている[6] [19] [33] [39]。しかしながら，このように各段階を構成する要因相互の間には個別に関連性が認められるものの，縦断研究をもとにした研究知見の蓄積はなく，現段階では，理論全体としての妥当性を支持するエビデンスは限られている[38]。また，若年者のデータに関しては，完全主義傾向と自殺念慮との関連性が示されているだけであり（当該研究のサンプルも女性に大きく偏っている）[12]，本理論を若年者の自殺予防対策に適用することも難しいと言わざるを得ない。

2．絶望感理論（Hopelessness theory）

絶望感理論（Hopelessness theory）は，Beck（1986）やAbramsonら（1999）によって提案された認知的側面に焦点を当てた理論である[2] [4]。この理論における絶望感（Hopelessness）とは，将来起こりうる出来事の原因，結果，および自己暗示に関して否定的な帰属をする認知傾向のことを指し，自殺念慮や自殺行動を引き起こす核となる認知的脆弱性であるとされている。具体的には，ネガティブなライフイベントは安定的かつ統制不能な原因に帰属され（つまり，自分で制御することができず，これから先も変化しないものとして認知され），より一層ネガティブな結果がもたらされると信じ，自分のことを欠陥がある存在であると確信するような認知傾向である。

絶望感という要因自体は，これまで複数の先行研究において自殺念慮，自殺企図，自殺既遂と密接に関連していることが明らかにされており，臨床群および非臨床群の双方を対象とした10年間以上の長期追跡研究においても，将来の自殺念慮，自殺企図，自殺既遂のすべてに関連することが示されている[7] [27]。また，若年者を対象とした実証研究も数多く実施されており，一般の大学生を対象とした2年半の追跡研究において，絶望感のみが他の認知的脆弱性と自殺傾向とを媒介する要因であったことや[1]，うつ病の症状と完全主義傾向を調整した上でも絶望感によって

大学生の自殺念慮の69%が説明されるといった報告など[12]，本理論を支持する研究結果がいくつか示されている。その一方で，若年臨床群においてはうつ病の重症度で調整するとその影響が有意でなくなるといった報告もあることから[14]，自殺行動を引き起こす中核的要因と言えるほど影響力が大きいかどうかについては一貫した結果が得られていない。なお，絶望感と自殺行動との関連性を検討する際に，認知的コーピングを含む様々な問題対処スキルを媒介変数としてモデルに組み込む試みも多数行われてきたが[13] [29] [42]，使用される尺度が個々の研究で異なることもあり，一貫した結果は得られていない。

3．精神痛理論（Psychache theory）

自殺予防学の大家であるShneidman（1993）は，精神痛（psychache），焦燥感，圧力の3次元から自殺行動を説明する理論を提示した[40]。この中でもShneidman（1993）は特に自殺を引き起こす中核的問題として精神痛を重視し，自殺企図は精神痛から逃れることを目的に生じると仮定した[40]。

精神痛とは，耐え難い心理的な痛みを意味し，満たされず，阻害され，抑えつけられた心理的要求によって引き起こされるものである。どのような心理的要求が重要な意味を持つのかは個々人によって異なるものの，こうした心理的要求が満たされない状態が続くことによって精神痛が悪化し，その痛みを和らげるための対処の選択肢が減少していくにつれて，自殺の危険性が高まるとされている。また，Shneidman（1993）は，うつ病や絶望感などの自殺の危険因子は精神痛と関連して二次的に生じるものであると考えていた[40]。

先行研究では，この精神痛と自殺念慮との関連を支持する一貫したエビデンスが様々な対象において確認されており，精神痛が自殺念慮に与える影響は，うつ病の症状や絶望感よりも大きく，精神痛はうつ病の症状や絶望感と自殺念慮とを媒介する要因であるといったことも指摘されている[38]。特に若年者に関しては，近年，大学生を対象とした比較的大きなサンプルサイズの縦断研究が実施され，うつ病の症状と絶望感の影響をコントロールしたうえでも精神痛が将来の自殺念慮に有意に関連することが報告されている[44]。

しかしながら，精神痛が自殺企図にどの程度影響を与えるのかについては，いまだ結論が得られていない。実際，ある研究では精神痛が過去の自殺企図を予測する要因であるとの報告がある一方で[45]，精神痛と過去の自殺企図歴との有意な関連はないと報告している研究もある[36]。さらに，精神痛が自殺既遂を予測するかどうかに関する実証研究は行われておらず，精神痛，焦燥感，圧力という3次元からなる理論全体の妥当性を実証的に検討した研究もない[38]。このように，精神痛に関する研究は数多く実施されており，近年では，心理的痛みに関連した脳科学研究の蓄積も進められているが[31]，本理論については，現在までのところ自殺行動への直接的な関連性を示すエビデンスは限られている[21]。

Ⅲ．自殺行動の予測力を高める試み：自殺の対人関係理論（Interpersonal theory of suicide）を中心としたエビデンスの蓄積

先に示した従来の理論においては，いずれも自殺願望が一定の水準に達した結果として自殺行動が生じるとみなされてきた[38]。言い換えるなら，自殺念慮と自殺企図は同一スペクトラム上

にあり，自殺企図者と自殺念慮者の違いは，自殺願望の強さのレベルが異なっていることによって生じると考えられてきた。したがって，特に従来の理論では自殺念慮がどのように生じ，それがどのように強められていくのかといった認知的側面に重点が置かれる傾向があり，自殺念慮が生じるプロセスにおいてもなんらかの「情緒的な痛み」が構成概念として想定されていた[38)]。

しかしながら，近年の研究においては，この自殺念慮と自殺企図が同一スペクトラム上にあるという前提自体が疑問視されてきている。たとえば，自殺念慮尺度が将来の自殺既遂リスクを予測できないといった問題点が明らかにされていたり[15)]，自殺念慮を経験していない自殺企図経験者が存在していたりするといった報告[25)]がその根拠として挙げられている。つまり，従来から，自殺念慮や自殺企図，あるいはその他の自己破壊的行動は定義上の区別が曖昧にされてきたが，より効果的な自殺予防対策を策定するためにも，自殺の行動的側面を予測しうる理論を発展させていこうとする取り組みが自殺予防の研究者の間で活発になってきたと言える。ここでは，こうした取り組みの一つとして，近年世界的に注目を集めている自殺の対人関係理論（Interpersonal theory of suicide）についてレビューを行う。

自殺の対人関係理論（Interpersonal theory of suicide）は，Joiner（2005）が自らの臨床実践をもとに提案した理論である[22)]。この理論では，まず自殺念慮と自殺企図を明確に区別し，前者は所属感の減弱（thwarted belongingness）と負担感の知覚（perceived burdensomeness）という2つの対人関係上の問題と関連して生じ，後者は自己保存の本能が弱まり自殺することができる能力（自殺の潜在能力）が高まることによって生じると仮定している。以下，各要因の概略について順を追って説明する。

所属感の減弱は，（主観的な）孤独感や孤立無援感を抱いたり，良好な人間関係から切り離されてしまったりした状態を指す。他方，負担感の知覚は自分が他者の重荷になっているという認知であり，自己嫌悪の感情や「自分が死んだ方が他の人も喜ぶ」といった信念によって特徴づけられるような状態を指す。これら各要因によって受動的な自殺念慮が引き起こされるが，両方の要因が重複し，しかもそれらの要因が長期に続くものであると認知されると，自殺願望が活性化されると仮定されている。事実，先行研究においてもこの理論の予測通り，異なるサンプルにおいて自殺念慮と所属感の減弱，および自殺念慮と負担感の知覚の間には，それぞれ有意な関連性が示されている[38)]。

一方，この理論においては，自殺行動は自殺念慮だけで生じるとは仮定されていない。対人関係理論においては，痛みや強烈な刺激を伴う出来事を経験したり，他者の死や自己破壊的行動に接したりすることよって，痛みや死に対する不安が低減すると同時に，それらへの耐性が上昇することで，結果的に「自殺する能力」が身についてしまうことが，自殺行動を引き起こす重要な要因であると仮定している。実際，先行研究においても，過去に自殺企図歴を持つ者は自殺念慮だけを有する者や健常コントロール群と比較して痛みや強い刺激を受ける出来事に数多く曝露しており，自殺の潜在能力をより獲得している傾向が認められている[38)]。なお，この自殺の潜在能力は，衝動性などのパーソナリティの気質部分の影響を受けることも仮定されており[47)]，近年ではこうした遺伝的要因の影響を検討するための双生児研究も進められている[41)]。

さて，本理論全体の妥当性の検討については，Joiner本人らを含む研究グループだけでなく，他のいくつかのグループによって精力的に実証研究が進められている。しかも，これまで実施された多くの研究が若年者を対象としたものである。たとえば，Joiner ら（2009）の若年成人を対象にした研究報告によれば，うつ病の症状や診断の影響を調整したとしても，所属感の減弱と負

担感の知覚は自殺念慮と有意に関連するとともに，所属感の減弱，負担感の知覚，身についた自殺の潜在能力の3要因の相互作用が自殺企図と有意に関連することも示された[23]。また，近年ではオーストラリアの首都近郊で実施されている大規模地域コホートデータを用いた縦断研究において，4年間の追跡調査データから，20代の若年成人では所属感の減弱と負担感の知覚が自殺念慮と関連すると同時に，自殺念慮と過去の自傷経験の相互作用によって将来の自殺企図（自殺の計画を含む）が予測されたという結果が得られている[10]。

ただし，自殺の対人関係理論の妥当性については，上記のような肯定的な実証結果が数多く示される一方で，実際には理論を支持しないネガティブな結果を報告している研究も少なくない[17] [18] [50]。特に，所属感の減弱と自殺念慮との関連性については，いくつかの研究で否定的な結果が報告されており[17] [50]，先に示したオーストラリアの縦断研究でも中年世代（40歳代）においてのみ所属感の減弱と自殺念慮との関連が有意ではないという結果が示されている[10]。さらに，Joinerらの研究グループが行った研究においては，所属感の減弱は負担感の知覚に比べて自殺念慮に及ぼす影響力が弱いとの報告もあり[48]，これまでのところ所属感の減弱と自殺念慮との関連性については安定した結果が得られていない。

もっとも，自殺の対人関係理論自体が，致死性の高い自殺行動を説明することを目的として，すでに先行研究で明らかにされている統計学的に頑健な危険因子を組み合わせて理論構築された経緯があるため[47]，理論を構成する概念の定義が明確になっていないという問題を抱えている。特に，理論を支持しないネガティブな結果が多数報告されている所属感の減弱という概念に関しては，単に客観的に見て人間関係が存在するかどうかや，本人がその人間関係を認知しているかどうかだけの問題ではなく，他者との間でのポジティブな相互関係として仮定されているにもかかわらず[47]，そうした動的な指標を用いた実証研究は少ない。また，Joinerらの研究グループは所属感の減弱と負担感の知覚という2つの概念間の関係についても，互いに関連はあるものの異なる概念であると強調しているが[47]，その関連性を説明するメカニズムについてはまだ不明確な部分も多い。

近年では，こうした問題点を克服すべく，所属感の減弱と負担感の知覚を測定する尺度の開発が行われ，因子構造の検討や構成概念の妥当性に関する検討も進められている[46]。また，Van Orden ら（2010）は対人関係理論に絶望感を組み込んだモデルを新たに提示しており（図1）[47]，先に示した縦断研究においても，若年者の所属感の減弱と負担感の知覚を悪化させる要因として絶望感が機能することが示唆された[10]。

以上のように，近年数多くの実証研究が進められている自殺の対人関係理論に関しても，現段階でその妥当性を支持する研究結果が十分に得られているとは言い難い。事実，先の縦断研究の結果からは，自殺の対人関係理論による将来の自殺行動の分散説明率は30%程度であるとの結果が報告されている[10]。しかし，同じサンプルにおいて精神疾患やデモグラフィック要因といったすでに明らかになっている危険因子を用いて自殺行動を予測した場合，その分散説明率は約14%であったことを踏まえると，自殺のリスク評価においてこうした心理学的理論の重要性は無視できない[10]。実際，自殺念慮と自殺行動を区別するというJoiner（2005）のコンセプトは自殺予防を専門とする他の研究者にも大きな影響を与えており（たとえば，O'Connorは統合的動機－意思決定モデル（Integrated Motivational-Volitional Model）といった自殺の行動を予測するための新たな理論を提示・検証している[34] [35]），今後も自殺の対人関係理論を中心に理論的発展が進められていく可能性が高いものと考えられる。

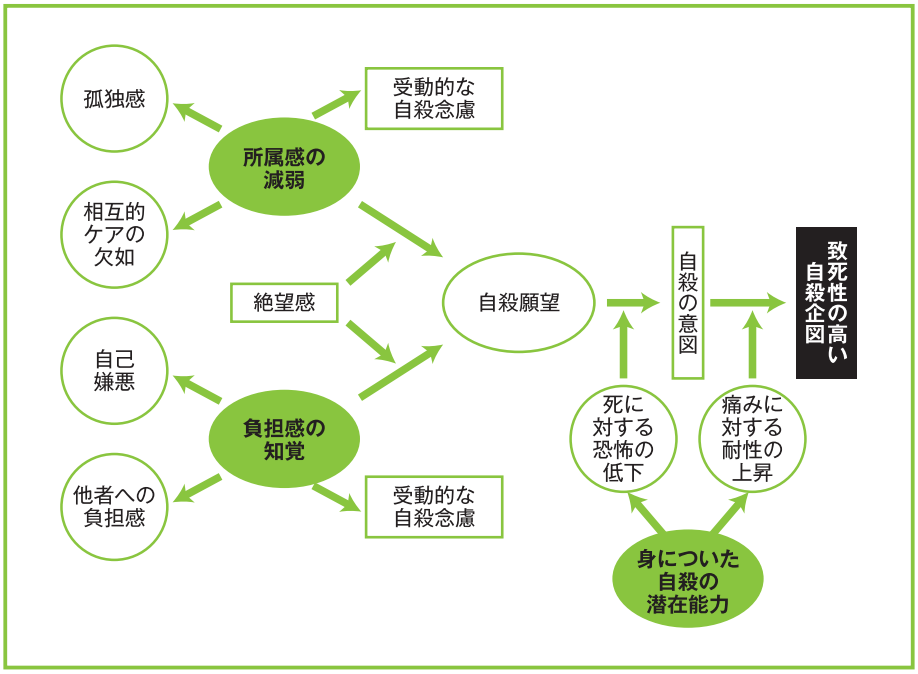


図 1. 対人関係理論における自殺行動の説明モデル（Van Orden et al, 2010 を翻訳・一部改編して引用）

Ⅳ. 若年者の自殺予防対策における今後の方向性と課題

ここまでの議論を踏まえ，以下では今後の若年者における自殺予防対策の計画と評価のあり方について考察を行う。

まず，自殺行動を包括的に説明するための心理学的理論に関しては，いずれの理論においても実証研究レベルでその妥当性が十分に支持されるような研究知見が得られていない。しかし，自殺念慮だけでなく，自殺行動の予測まで含めた理論化と実証データの蓄積といった観点から考えると，自殺の対人関係理論と絶望感理論を組み合わせたVan Orden ら（2010）のモデル（図 1）を今後の対策の計画及び評価のモデルとして採用することが，現時点での最良の選択ではないかと推察される。

では，具体的に今後の対策としてどのような方法が検討されるべきなのだろうか。まず，自殺の対人関係理論においては，身についた自殺の潜在能力は比較的変動幅の小さい静的な要因であり，一度身についてしまった自殺の潜在能力の表出を抑制したり能力を減衰させたりするためには，集中的な臨床的介入が必要であると仮定されている[38) 47)]。その意味では，今後の対策においても，すでにこうした自殺の潜在能力を獲得してしまった者に対する臨床的介入を充実させていくことが必要ではあることは言うまでもない。しかし，それと同時に，まだ自殺の潜在能力を獲得していない者に対して，こうした能力の獲得を阻害させるような対策を計画することも必要となってくるだろう。たとえば，不特定多数に発信されるメディア情報において自殺の手段を詳細に記載しないことが，こうした自殺の潜在能力の獲得を阻害することになるかもしれない。あるいは，仮に他者の自殺に接した場合であっても，それによって自殺の潜在能力が高められないような他者との適切な情報共有の仕方を検討することも有用かもしれない[24)]。

一方，所属感の減弱と負担感の知覚は，自殺の対人関係理論において比較的変動の大きい（可

塑性の高い）要因であると仮定されており[38) 47)]，その意味では，先の自殺の潜在能力よりも重要な介入ターゲットとなる要因であると言えよう。特に，わが国でもこれまで積極的に取り組まれてきた対人援助職向けの研修や一般住民向けのゲートキーパートレーニング，あるいは普及啓発活動の評価指標として上記２つの要因は重要な意味を持つと思われる。しかし，今回のレビューでは，所属感の減弱と自殺念慮との関連については否定的な結果もいくつか報告されており，そのまま若年者の自殺予防対策のアウトカム指標として用いることには注意が必要である。

結論から先に言えば，筆者としてはこの所属感の減弱と負担感の知覚という２つの要因が，同時に変動することを今後の若年者の自殺予防対策の一つの評価指標にすべきではないかと考えている。というのも，今回のレビューを実施した限り，特に若年者においてこの２つの要因は切り離せない関係にあるのではないかとの印象を強く持っているからである。Van Orden ら（2012）は上記２要因の因子構造と予測的妥当性を確認する作業の中で，当初の仮説では所属感の減弱が孤独感や知覚されるソーシャルサポートの少なさを予測する一方で，負担感の知覚は自尊心や有能感の低下を予測すると想定していた[46)]。しかし，実際に若年者のデータを解析してみると，負担感の知覚とともに所属感の減弱までもが自尊心や有能感と強く関連することが明らかとなった[46)]。同様の結果は，他の研究においても指摘されており，高い自尊感情や実際に利用可能なソーシャルサポートを使用していることが，ソーシャルサポートの知覚と自殺念慮の間を媒介する要因として指摘されている[26) 37)]。また，自殺行動の頻度を低下させる効果が認められている弁証法的行動療法[30)]においても，承認（validation）戦略と様々な認知行動的な対処スキルのトレーニングが組み合わされているが，この治療法の介入効果を自殺の対人関係理論の枠組みで解釈するなら，承認的環境の提供によって所属感を高めつつ，対処スキルの習得と実行を治療者や周囲の者から強化（承認）されることによって，自己効力感の高まりとともに負担感の知覚が低減され，治療同盟がより一層強化されて所属感もさらに高まり…といった好循環が形成されることによるものであると考えられる。このように，所属感の減弱と負担感の知覚を介入対象とする場合には，単にそれぞれを独立した要因としてとらえるのではなく（つまり他者との良好な関係性を構築することや本人の自己肯定的感情の高まりを別々の評価指標とするだけではなく），継続的かつ良好な対人交流の中で承認的フィードバックが提供されることによって本人の自尊感情が高まるといった具合に，所属感を増加させつつ並行して負担感を低減させられるような好循環の仕組みづくりを計画することが重要かもしれない。具体的には，たとえば学校における自殺予防教育やゲートキーパートレーニングにおいても，悩みを抱えた生徒を大人につなぐだけではなく，つないだ先の大人との相互交流場面やその後の生徒同士の相互交流場面において，どのようにして上記のような効果的な対人交流を生み出すのかまで計画に組み込んだ対策が必要と言えるのではないだろうか。自殺予防対策には多様な戦略を組み合わせることが必要であると以前から指摘されているが[49)]，上記２要因の関係はこうした戦略の組み合わせ方を検討する際の指針として重要な示唆を与えてくれるものである。

最後に，本レビューにおいて言及することができなかった課題について補足的に付け加えておく。まず，若年者特有の危険因子として，先行研究では家族の問題，自殺の伝染，学業的失敗，対人関係問題の影響の大きさなどが明らかにされており[16)]，若年者に特化した自殺行動の包括的な理論も提案されている（たとえばBridge, Goldstein, Brent（2006）の発達―相互作用理論（developmental-transactional model）[5)]）ものの，実証研究がないために本レビューで検討することができなかった。また，14歳以下の自殺では，精神疾患の既往が少なく，重要なライフ

イベントから自殺までの経過が短期間であるとの指摘もあるが[16]，若年者の自殺においてこうした発達段階による違いがあることについての検討が十分にできるほどのデータは得られていない。今後は，こうした若年者特有の課題が既存の理論との関係の中でどのように位置づけられるのかについても実証研究を進めつつ，適切な理論を構築していくことが必要となる。

引用文献

1) Abramson L, Alloy L, Hogan M, Whitehouse W, Cornette M, Akhavan S, Chiara A: Suicidality and cognitive vulnerability to depression among college students: a prospective study. Journal of Adolescence 21: 473-487, 1998.
2) Abramson L, Alloy L, Hogan M, Whitehouse W, Gibb W, Hankin B, Cornette M: The hopelessness theory of suicidality. In Joiner TE, Rudd MD (eds.) Suicide science: Expanding the boundaries. Springer, NY, pp17-32, 1999.
3) Baumeister R: Suicide as escape from self. Psychological Review 97: 90-113, 1990.
4) Beck A: Hopelessness as a predictor of eventual suicide. Annals of the New York Academy of Sciences 487: 90-96, 1986.
5) Bridge J, Goldstein T, Brent D: Adolescent suicide and suicidal behavior. Journal of Child Psychology and Psychiatry 47: 372–394, 2006.
6) Brodsky B, Malone K, Ellis S, Dulit R, Mann J: Characteristics of borderline personality disorder associated with suicidal behavior. American Journal of Psychiatry 154: 1715-1719, 1997.
7) Brown G, Beck A, Steer R, Grisham J: Risk factors for suicide in psychiatric outpatients: a 20-year prospective study. Journal of Consulting and Clinical Psychology 68: 371-377, 2000.
8) Chatard A, SelimbegovićL: When self-destructive thoughts flash through the mind: Failure to meet standards affects the accessibility of suicide-related thoughts. Journal of Personality and Social Psychology 100: 587-605, 2011.
9) Christensen H, Batterham P, Mackinnon A, Donker T, Soubelet A: Predictors of the risk factors for suicide identified by the interpersonal-psychological theory of suicidal behaviour. Psychiatry Research 219: 290-297, 2014.
10) Christensen H, Batterham P, Soubelet A, Mackinnon A: A test of the interpersonal theory of suicide in a large community-based cohort. Journal of Affective Disorders 144: 225-234, 2013.
11) Dean P, Range L: Testing the escape theory of suicide in an outpatient clinical population. Cognitive Therapy and Research 23: 561-572, 1999
12) Dean P, Range L, Goggin W: The escape theory of suicide in college students: testing a model that includes perfectionism. Suicide and Life-threatening Behavior 26: 181-186, 1996.
13) Dixon W, Heppner P, Rudd D: Problem-solving appraisal, hopelessness, and suicide

ideation: evidence for mediational model. Journal of Counseling Psychology 41: 91-98, 1994.
14) Goldston D, Daniel S, Reboussin B, Reboussin D, Frazier P, Harris A: Cognitive risk factors and suicide attempts among formerly hospitalized adolescents: a prospective naturalistic study. Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 40: 91-99, 2001.
15) Harriss L, Hawton K: Suicidal intent in deliberate self-harm and the risk of suicide: the predictive power of the Suicide Intent Scale. Journal of Affective Disorder 86: 225-233, 2005.
16) Hawton K, Saunders K, O'Connor R: Self-harm and suicide in adolescents. Lancet 379: 2373-2382, 2012.
17) Hill R, Pettit J: The role of autonomy needs in suicidal ideation: integrating the interpersonal-psychological theory of suicide and self-determination theory. Archives of Suicide Research 17: 288-301, 2013.
18) Hill R, Pettit J: Perceived burdensomeness and suicide-related behaviors in clinical samples: current evidence and future directions. Journal of Clinical Psychology 70: 631-643, 2014.
19) Hirsch J, Duberstein P, Conner K, Heisel M, Beckman A, Franus N, Conwell Y: Future orientation and suicide ideation and attempts in depressed adults ages 50 and over. American Journal of Geriatric Psychiatry 14: 752-757, 2006.
20) Hjelmeland H, Knizek B: Why We Need Qualitative Research in Suicidology. Suicide and Life-Threatening Behavior 40: 74-80, 2010.
21) Holden R, Mehta K, Cunningham E, Mcleod L: Development and preliminary validation of a scale of psychache. Canadian Journal of Behavioural Science 33: 224-232, 2001.
22) Joiner T: Why People Die by Suicide. Cambridge: Harvard University Press. 2005.
23) Joiner T, Van Orden K, Witte T, Selby E, Ribeiro J, Lewis R, Rudd M: Main predictions of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior: empirical tests in two samples of young adults. Journal of Abnormal Psychology 118: 634-646, 2009.
24) 川野健治：貧困と社会病理：暴力，自殺．発達心理学研究 23: 395-403, 2012.
25) Kessler R, Borges G, Walters E: Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry 56: 617-626, 1999
26) Kleiman E, Liu R: Social support as a protective factor in suicide: findings from two nationally representative samples. Journal of Affective Disorders 150: 540-545, 2013.
27) Kuo W, Gallo J, Eaton W: Hopelessness, depression, substance disorder, and suicidality. A 13-year community-based study. Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology 39: 497-501, 2004.
28) Lewinsohn P, Rohde P, Seeley J: Adolescent Suicidal Ideation and Attempts: Prevalence, Risk Factors, and Clinical Implications. Clinical Psychology: Science and Practice 3: 25-46, 1996.

29) Linda W, Marroquín B, Miranda R: Active and passive problem solving as moderators of the relation between negative life event stress and suicidal ideation among suicide attempters and non-attempters. Archives of Suicide Research 16: 183-197, 2012.
30) Linehan M, Armstrong H, Suarez A, Allmon D, Heard H: Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. Archives of General Psychiatry 48: 1060-1064, 1991.
31) Mee S, Bunney B, Reist C, Potkin S, Bunney W: Psychological pain: A review of evidence. Journal of Psychiatric Research 40: 680-690, 2006.
32) Neeleman J: Beyond risk theory: suicidal behavior in its social and epidemiological context. Crisis 23: 114-120, 2002.
33) Nock M, Kessler R: Prevalence of and risk factors for suicide attempts versus suicide gestures: analysis of the National Comorbidity Survey. Journal of Abnormal Psychology 115: 616-623, 2006.
34) O'Connor R: The Integrated Motivational-Volitional Model of Suicidal Behavior. Crisis 32: 295-298, 2011.
35) O'Connor R, Rasmussen S, Hawton K: Distinguishing adolescents who think about self-harm from those who engage in self-harm. British Journal of Psychiatry 200: 330-335, 2012.
36) Olié E, Guillaume S, Jaussent I, Courtet P, Jollant F: Higher psychological pain during a major depressive episode may be a factor of vulnerability to suicidal ideation and act. Journal of Affective Disorders 120: 226-230, 2010.
37) Poudel-Tandukar K, Nanri A, Mizoue T, Matsushita Y, Takahashi Y, Noda M, Inoue M, Tsugane S: Social support and suicide in Japanese men and women - the Japan Public Health Center (JPHC)-based prospective study. Journal of Psychiatric Research 45: 1545-1550, 2011.
38) Ribeiro J, Bodell L, Hames J, Hagan C, Joiner T: An empirically based approach to the assessment and management of suicidal behavior. Journal of Psychotherapy Integration 23: 207-221, 2013.
39) Seidlitz L, Conwell Y, Duberstein P, Cox C, Denning D: Emotion traits in older suicide attempters and non-attempters. Journal of Affective Disorders 66:123-131, 2001.
40) Shneidman E: Suicide as Psychache: A Clinical Approach to Self-Destructive Behavior. Pennsylvania: Jason Aronson Inc. 1993. (高橋祥友(訳)：シュナイドマンの自殺学 自己破壊的行動に対する臨床的アプローチ．金剛出版, 2004.)
41) Smith A, Ribeiro J, Mikolajewski A, Taylor J, Joiner T, Iacono W: An examination of environmental and genetic contributions to the determinants of suicidal behavior among male twins. Psychiatry Research 197: 60-65, 2012.
42) Speckens A, Hawton K: Social problem solving in adolescents with suicidal behavior: a systematic review. Suicide and Life-Threatening Behavior 35: 365-387, 2005.
43) Tang J, Wu S, Miao D: Experimental test of escape theory: accessibility to implicit suicidal mind. Suicide and Life-Threatening Behavior 43: 347-355, 2013.

44) Troister T, Davis M, Lowndes A, Holden R: A five-month longitudinal study of psychache and suicide ideation: replication in general and high-risk university students. Suicide and Life-threatening Behavior 43: 611-620, 2013.
45) Troister T, Holden R: A two-year prospective study of psychache and its relationship to suicidality among high-risk undergraduates. Journal of Clinical Psychology 68: 1019-1027, 2012.
46) Van Orden K, Cukrowicz K, Witte T, Joiner T: Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: construct validity and psychometric properties of the interpersonal needs questionnaire. Psychological Assessment 24: 197-215, 2012.
47) Van Orden K, Witte T, Cukrowicz K, Braithwaite S, Selby E, Joiner T: The interpersonal theory of suicide. Psychological Review 117: 575-600, 2010.
48) Van Orden K, Witte T, Gordon K, Bender T, Joiner T: Suicidal desire and the capability for suicide: tests of the interpersonal-psychological theory of suicidal behavior among adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology 76: 72-83, 2008.
49) World Health Organization: Towards Evidence-based Suicide Prevention Programmes. WHO, 2010.（自殺予防総合対策センター：ブックレットNo.9「エビデンスに基づく自殺予防プログラムの作成に向けて」. 2011.）
50) Zhang J, Lester D, Zhao S, Zhao C: Suicidal ideation and its correlations: testing the interpersonal theory of suicide in Chinese students. Archives of Suicide Research 17: 236-241, 2013.

第3章　総論　～若年者の危機と保護的要因～

2. 思春期学・公衆衛生の立場から

ヘルスプロモーション推進センター
代表　**岩室　紳也**

- 思春期学・公衆衛生では，ヘルスプロモーションの視点を踏まえつつ，思春期に表出する様々な課題の根底に横たわる根本的な問題について，総合的，重層的な視点で検証を重ね，対策を講じることが重視される。
- 自殺対策はもとより，様々な対策はともすれば効率的な早期発見，早期対応といったハイリスクな個人へのアプローチに傾倒しがちになる。しかし，ハイリスクアプローチに加え，ポピュレーションアプローチの基本となる「社会に蔓延するリスク（危機）」への対応を保護的因子として実施する必要がある。
- 自殺のみならず，思春期の諸問題につながる「社会に蔓延するリスク」として，関係性，自己肯定感，居場所の喪失や，コミュニケーション能力の低下が考えられた。
- 健康日本21（第２次）で掲げられたソーシャルキャピタルの醸成，地域づくりを関係性の再構築という視点で具体的に啓発し，推進する具体的な取り組みが始まっている。
- 男女で比較すれば男の自殺が多いが，男女とも年配者では自殺が減少し，若年者で増えている。性差に着目した対策を行う一方で，若年者対策については多面的な取り組みの必要性が確認された。
- 様々な課題につながるコミュニケーション能力の低下について，思春期では目から入る情報が原因となっている可能性が示唆され，耳から入る情報（会話，読み聞かせ，ラジオ等）を増やすことも結果として自殺対策につながると思われた。

Ⅰ. はじめに

本報告書では一定のエビデンスに基づいた若年者自殺対策の方向性を打ち出すことが求められている。しかし，残念ながら思春期を取り巻く自殺を含めた諸問題に対して，思春期学や公衆衛生の立場から確固たるエビデンスに基づく対策を示せる状況には至っていない。多くの方は，即効性のある，明日から使ってすぐに効果が出ることを求めると思われるが，そのようなものは残念ながら存在しない。そればかりか，自殺を健康課題と捉えた場合，そもそも健康づくりにおいてエビデンスがある対策がどれだけ講じられてきたかを検証し，真に意味がある対策を打ち出すことが求められているのが健康づくりの現状であるといっても過言ではない。

一方で，思春期を取り巻く様々な事実やデータを詳細に読み込むと，自殺対策のみならず，思

春期にある若者たちが直面する多様な健康課題に対する対策の方向性を示唆する知見が数多く存在することに気づかされる。既に各方面で行われている，一見自殺対策とは思えない事業や活動も，実は若年者の自殺対策につながる可能性がある。

本稿では，自殺やこころの問題を多面的なデータやその解析から見えてくる諸課題を検証し，スタートラインに立ったばかりの若年者の自殺対策を考える際に，どのようなポイント，方向性を確認しなければならないかが理解できるようにまとめることを心掛けた。

Ⅱ. 思春期学・公衆衛生では根源的課題に着目

1．思春期学・公衆衛生の立場から

筆者は臨床面ではプライマリケア医，泌尿器科医としての経験を活かし，HIV/AIDSの診療を行う一方で，公衆衛生面では保健所で感染症対策や精神保健福祉対策に従事してきた。思春期に関しては30年近く中学校から大学まででいわゆる性教育に関わってきた。本来であれば，公衆衛生や思春期学の分野が思春期の若者の状況を総合的に検証し，思春期にある若者たちが抱えている課題を分析し，多面的なアプローチを行う学問であることが理想である。しかし，筆者を含め，実際にはそれぞれの専門職が対応している目の前の課題，すなわち公衆衛生医であれば喫煙や飲酒等のリスクについて，泌尿器科医であれば性感染症について，産婦人科医であれば望まない妊娠について，小児科医であれば小児の生活習慣病について検証するにとどまっていた。

しかし，2008年ごろから児童虐待，自殺，不登校といった，どちらかといえば筆者が直面している問題以外のデータに関心を持った結果，性の問題の根底にある「社会に蔓延するリスク」が不登校，児童虐待，自殺といった一見他分野にみえる領域にも影響していると考えるに至った。このように思春期学の領域では，健康づくりの基本を踏まえつつ，思春期に表出する様々な課題の根底に横たわる根本的な問題について，総合的，重層的な視点で検証を重ね，対策を講じることを重視する。

2．ヘルスプロモーションの視点に基づいた自殺予防を

自殺対策を含む健康日本21ではヘルスプロモーションの視点で，多くの分野で様々な取り組みが行われてきたが，その基本戦略として当初から次の３点が重視されてきた。

1．二次予防（早期発見早期対応）だけではなく一次予防の再認識
2．ハイリスク戦略に加えてポピュレーション戦略を
3．社会全体で取り組むための環境整備

一次予防が重要であることは誰もが認識しているところだが，何から手を付ければいいかについては実際のところ十分共有されていない。その理由としてハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチへの理解不足が考えられる。

3．ハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチ

ジェフリー・ローズがハイリスクアプローチとポピュレーションアプローチの考え方について紹介している（表1）[1)]が，健康づくりに携わっている公衆衛生関係者は次のように誤解している場合が多かった。

表１　ハイリスク・ポピュレーションアプローチ

効率のよい予防医学的方法として、
疾患を発症しやすい
高いリスク（ハイリスク）をもった**個人**に
対象を絞り込んだ戦略（アプローチ）が考えられます。
＋
集団全体にリスクが広く分布する場合には、
対象を一部に限定しない
集団全体（ポピュレーション）への
戦略（アプローチ）が**必要**になってきます。

ハイリスクアプローチはハイリスクな個人へのアプローチ，ポピュレーションアプローチは集団全体へのアプローチと漠然ととらえ，ポピュレーションアプローチの内容についても啓発，健康教育，環境整備といったとらえ方になっていた。しかし，ジェフリー・ローズは，効率性ではハイリスクアプローチだが，集団全体にリスクが広く分布している場合は，集団全体に対してこのリスクを低減するアプローチが必要と述べている。しかし，この「集団全体に広く分布するリスク」というのがわかりにくいだけではなく，ハイリスク者へのアプローチはわかりやすい上にその対策の評価もイメージしやすいため，ハイリスクアプローチが数多く行われているのが実情である。

「集団全体に広く分布しているリスク」のわかりやすい一例が銃である。米国社会では一定の基準を満たせば銃を保持することが認められている。ハイリスク者への所持規制はあるものの，現実問題として銃にまつわる犯罪は繰り返され，誤射で日本人が亡くなるといったことが続いている。日本社会は「銃」を「リスク」と見て規制しているため，銃による健康被害は回避できている。しかし，米国社会では「銃」は「リスク」でもあるが「権利」でもあるとされているため，銃による健康被害は一定程度存在してしまう。

ちなみに，日本で高血圧はある程度減少したのは，冷蔵庫が，社会に蔓延していた「『塩分』で食品保存」というリスクをある程度軽減したことが功を奏したと考えられる。

4．ポピュレーションアプローチの成功事例に学ぶ

健康日本21の中で，着実に成果を上げ続けているのが8020運動である。80歳で20本以上の歯だけではなく，すべての年代で20本以上の歯を有する人の割合は増え続けている（図1）[5)]。

8020運動の基本は歯磨き，ブラッシングの励行，かかりつけ医での口腔ケアによる歯周病の予防だが，健診のように早期発見，早期対応といった2次予防はほとんど行われていないことに着目したい。また，歯をみがかない，ときどきみがくというハイリスクな人たちの比率はそれほど変わっていないことにも注目する必要がある（図2）。

8020運動では歯科関係者だけではなく，教育現場を含め様々な働きかけがあった結果，「ブラッシングをしない」という社会に蔓延するリスクが克服されつつある。最近は職場でも昼食後にブラッシングをしている人をよく見かけるが，その人たちも結果的に自らの行動を見せることを通

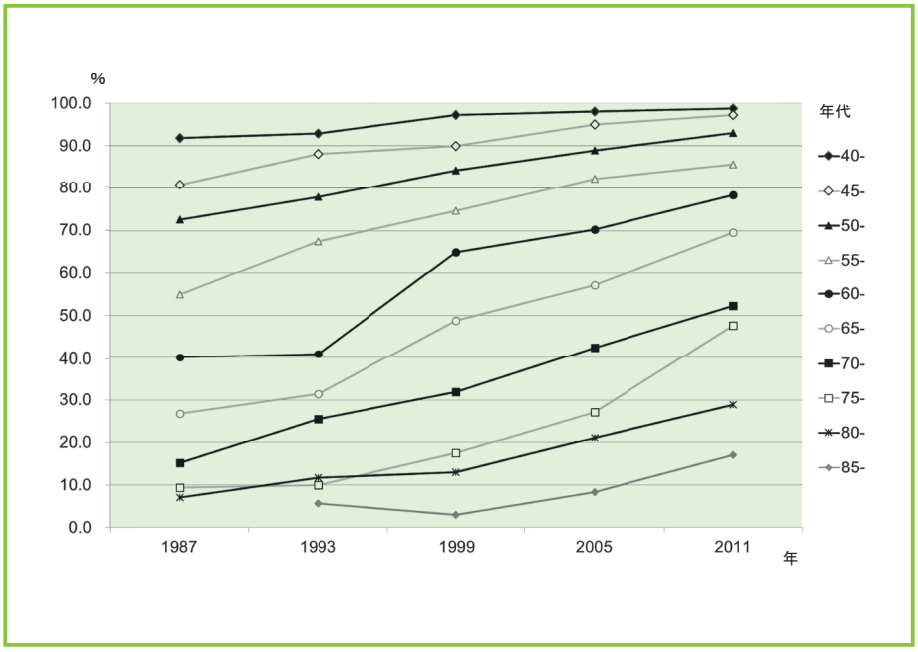


図１　20本以上の歯を有する者の割合の年次推移

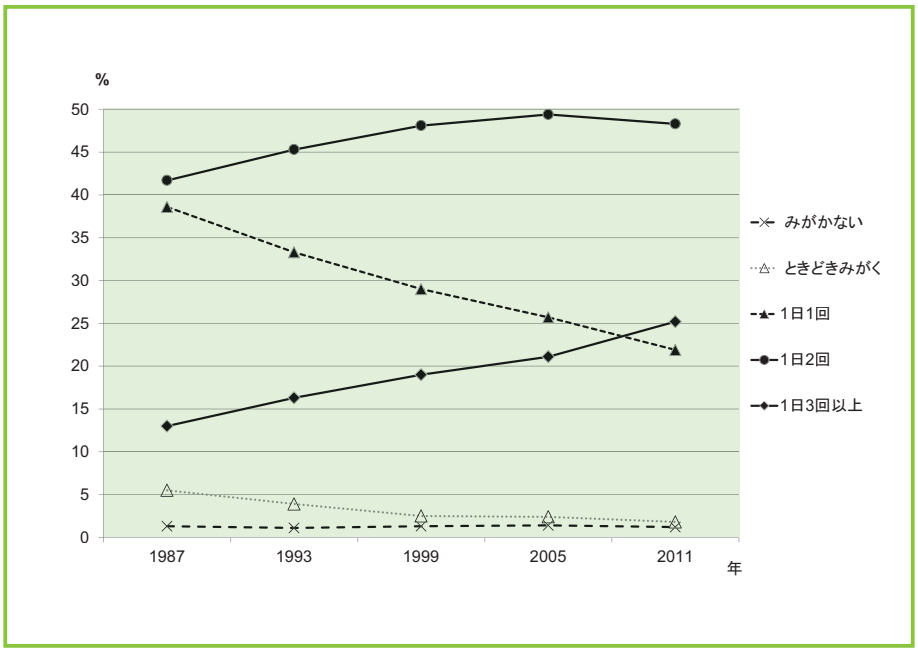


図２　歯をみがく回数の年次推移

してブラッシングについての啓発活動を行っていることになる。

　様々な分野で対策の評価，アウトカムが求められているが，健康づくりの分野で確実に成功したと評価が可能な取り組みに関する検証は少ないのが実情と思われる。その理由として，人の健康づくりには様々な要因が関与している為であることは言うまでもない。しかし，国民健康づくり運動として2000年から展開されている健康日本21の中で最も成功した歯科領域の8020運動は，結果として着実に成果を上げている。これに学び，正しく理解されたポピュレーションアプローチを広げることがすべての健康づくり活動で求められている。

5．危機と保護的要因の考え方

若年者の危機に着目すると，当該本人，個人が抱える危機もあれば，すべての若年者が抱える，すなわち，ポピュレーションアプローチで言う「社会に蔓延するリスク（危機）」とがある。当該本人，個人がうつなどの病的な状態を克服するには，単に薬やカウンセリング等の医療（治療）的アプローチだけではなく，本人自身が今後も接するであろう，本人をそのような状況に追い込んだリスク（危機）を克服する方法，保護的要因を獲得する必要がある。一個人に対して保護的要因となるということはその個人のみならず，すべての若年者が抱える，社会に蔓延するリスク（危機）に対応したり，克服したりすることにつながる保護的要因である。

6．コミュニケーション能力と健康づくり

健康づくりの分野では以前から情報（Information）をどれほど正確に教育（Education）しても，増えるのは知識であり，その知識だけでは人は健康的な行動をとれないことが繰り返し言われてきた。メタボになる人も「食べ過ぎ」，「運動不足」が問題だということは，HIVに感染する人は，感染予防はノーセックスかコンドームの正しい使用だということは承知している。その知識を生かし，行動変容につなげる，生きる力を発揮するにはコミュニケーション（Communication）が不可欠，かつ重要である（表2）。すなわち，家族や仲間などとの会話などを通して，自らの課題に向き合い，どのようにすればいいかを確認できて初めて健康的な行動につながるのである。しかし，昨今は，若者に限らず多くの人のコミュニケーション能力が低下してきているという印象を持っている人は少なくない。「コミュ障」が若者の共通言語となった要因も自殺につながる社会に蔓延するリスクといえる。

表２　これからの健康づくりの考え方

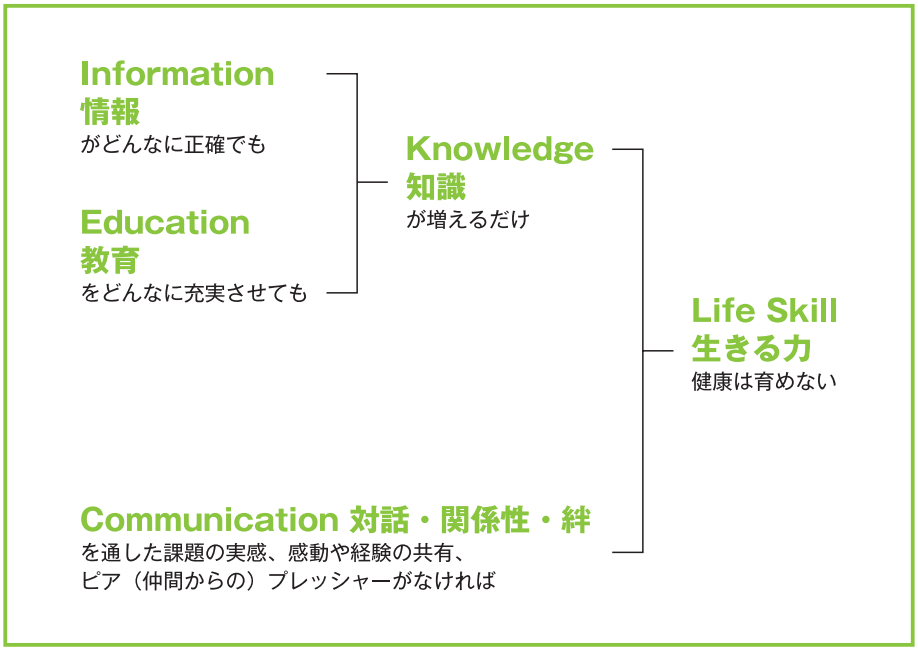


表３　現代社会の課題

一番の課題は「関係性の喪失」

最優先の目標は「関係性の再構築」

そのために急がれるのは
「コミュニケーション能力の再開発」

7．関係性の喪失

2003年，京都で開催された第62回日本公衆衛生学会総会で，当時WHOの西太平洋地域事務局長だった尾身茂氏の特別講演は健康づくりの方向性に大きな示唆を与えた[10]。健康づくりの一番の課題は，人と人の「関係性の喪失」であり，最優先の目標を「関係性の再構築」に置く必要がある。そのためにも「コミュニケーション能力の再開発」が急務であると強調した（表3）。尾身氏に「開発途上国でも同じような課題があるのか」と迫った筆者に対して，「『日本の田舎は大丈夫，都会は危ない』と思っている人もいるだろうが，開発途上国でもこの問題は深刻化している」と厳しく指摘された。当時の筆者は，保健所を辞め，民間公衆衛生医としての道を模索する中，尾身氏の指摘は，WHOのリーダーの一人のメッセージとして非常に重いものだった。しかし，このメッセージを，筆者が実感を持って受け止めるにはさらに時間がかかったことも事実であった。また，関係性の喪失が「社会に蔓延するリスク」であるという認識については未だに社会の中に浸透しているとは言えない。

8．共通するリスクがもたらす各種指標の悪化

若年者の性の問題で代表的なのが望まない妊娠と性感染症である。筆者も性教育で様々な工夫をこらしながら対応してきたが，インターネットの普及に呼応するように1995年から10代の人工妊娠中絶率が急増した（図3）[6]。このことは多くの性教育関係者だけではなく，多くの大人にインターネットの普及が性情報を氾濫させ，若者たちの性行動を加速化させていると思い込ませていた。

しかし，インターネットの普及率が50%を超えた2001年[9]をピークに人工妊娠中絶率も，10代のクラミジア感染症も急速に低下した[3]。臨床現場にいるすべての医療者が実感するほど顕著なものであった。

性教育が浸透し，若年者によるコンドームの使用が徹底されたり，解禁になった避妊用のピルが浸透したり，積極的に性行動を控えたりしたのであればうれしい限りだが，現場では原因は別

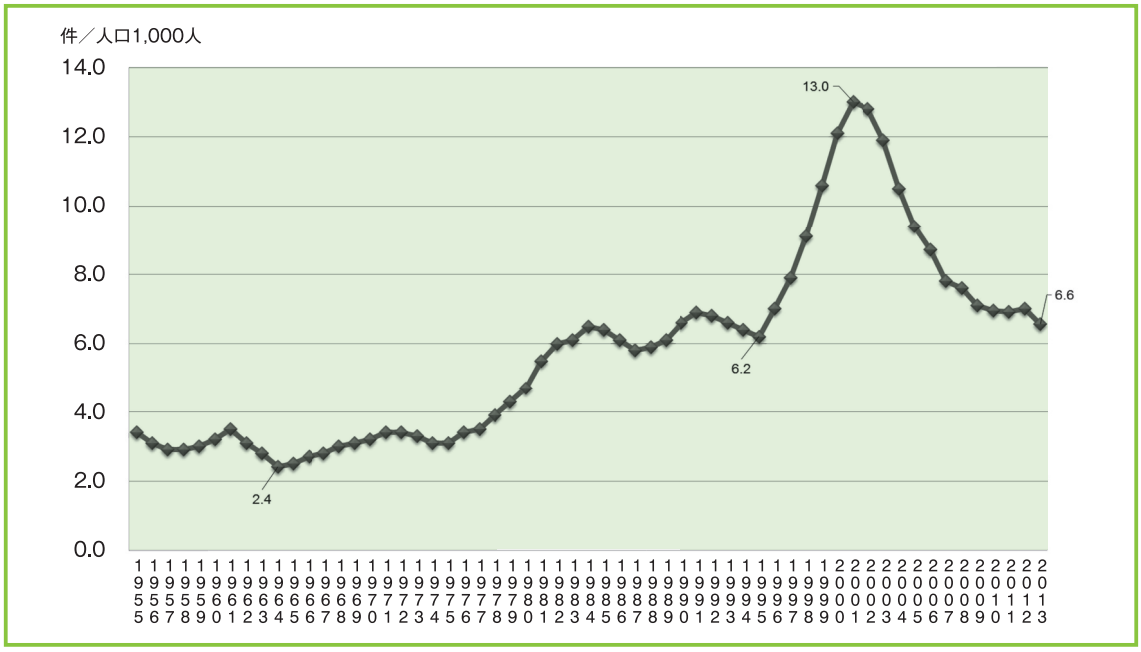


図３　10代の人工妊娠中絶率の推移

のところにあると感じていた。それがいわゆる男子の草食化，セックス離れだったが，その原因がどこにあるのか，正直なところ誰も気づけないまま時間だけが経過し，同じ傾向が続いていた。

公衆衛生という幅広い分野に首を突っ込んでいた筆者は，あまり深く考えず，10代の人工妊娠中絶率の推移と当時話題になっていた不登校，児童虐待，自殺などのデータを重ね合わせていた。

1990年代後半に性教育で学校現場にお邪魔すると，教師が話題にすることは生徒の性の問題もさることながら，不登校や保健室登校のことだった。その不登校が急増した時期はほぼ10代の人工妊娠中絶が急増した時期と一致していた（図4）[7]。しかし，学校になじめない子どもたち

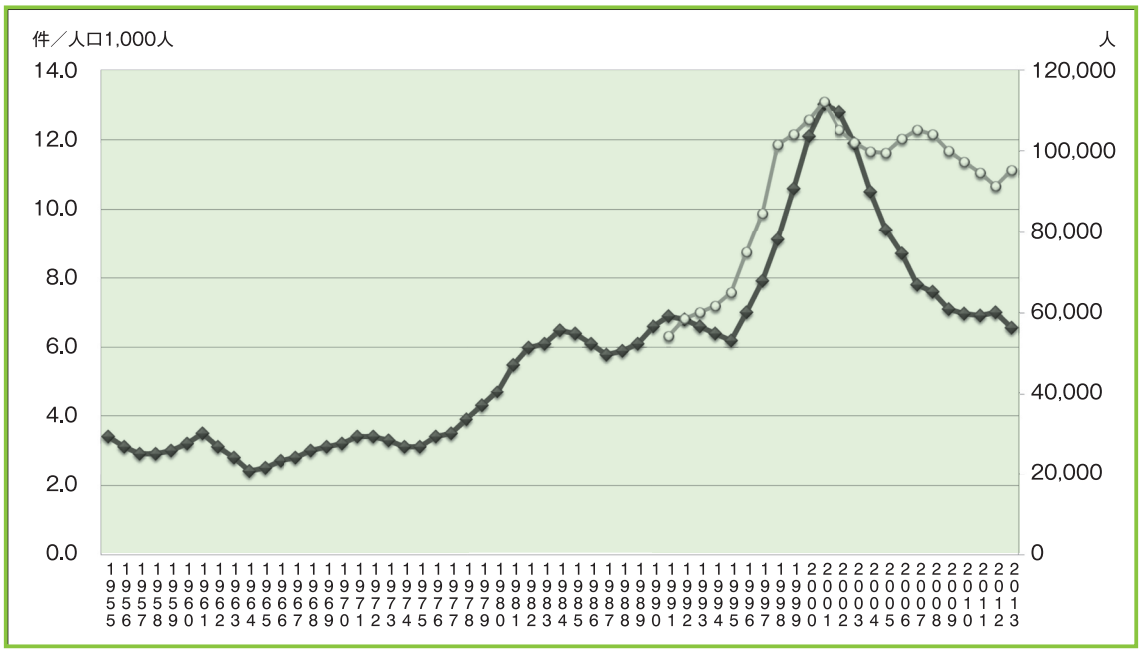


図４　中学校での不登校数の推移

と，人工妊娠中絶に至る「遊んでいる」子どもたちの共通点を見出すには至らなかった。

次に着目したのが公衆衛生，母子保健の現場で急増していた児童虐待のデータだった。児童虐待が急増している事実は多くの保健医療関係者の共通認識だったが，どうして虐待してしまうのかは，虐待せずに子育てをした経験がある者には理解しえないことだった。そのため，いつの間にか「育児不安→悩みの抱え込み→児童虐待」といった決めつけから，育児で悩んでいたら早目に相談をしてもらおうと，新生児訪問，乳幼児健診の場で保健師たちが育児不安のスクリーニングに躍起になっていた。国も赤ちゃん全数訪問事業などを始めたが，児童虐待相談件数を10代の人工妊娠中絶率の推移に重ね合わせるとやはり1990年代後半から急増し続けた。（図5）[4)]

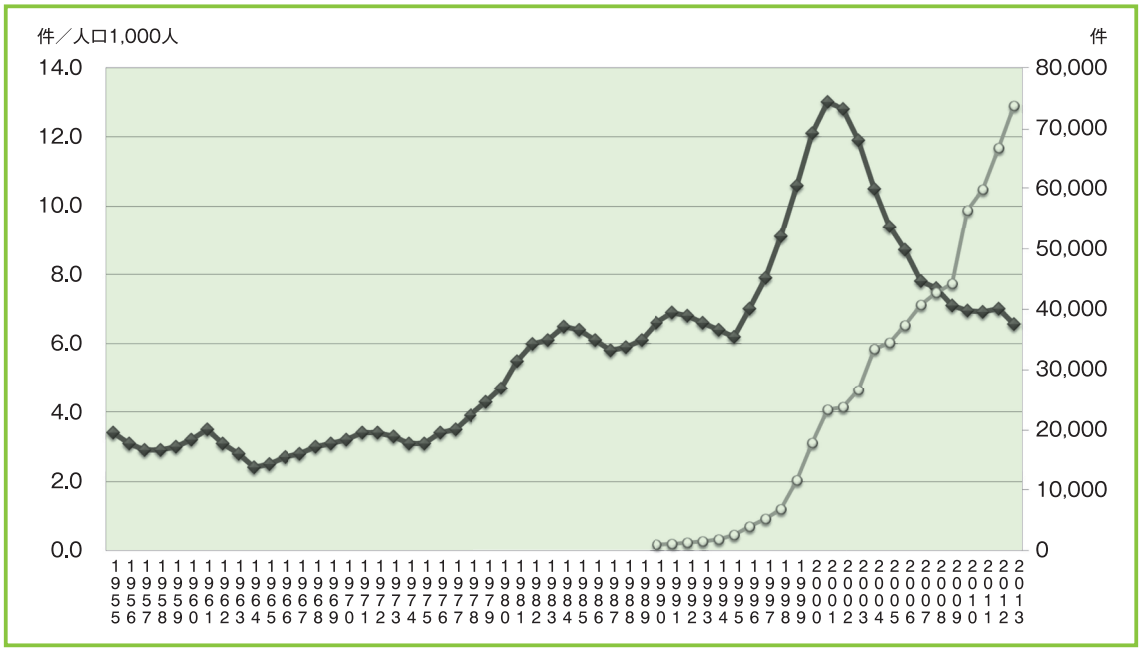


図５　児童虐待報告件数の推移

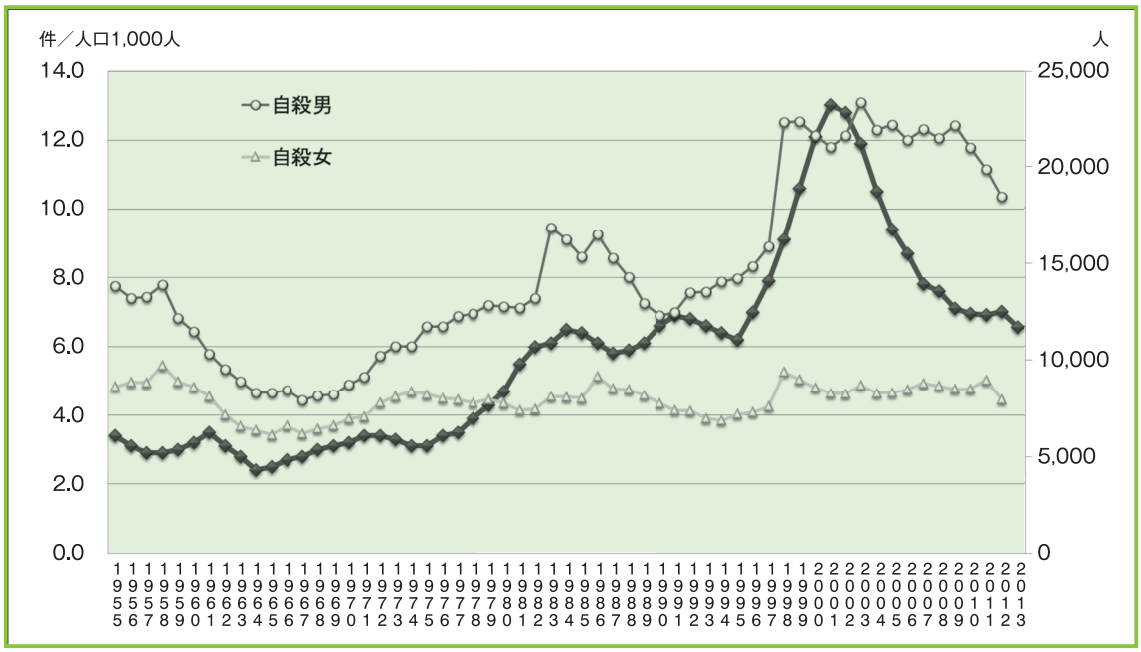


図６　男女別自殺数の年次推移

児童虐待については近年、「妊娠期からの切れ目ない支援」という取り組みが打ち出され、ハイリスクアプローチ中心からの転換が図られているが、児童虐待の背景にある社会に蔓延するリスクは何かを解明し，対処するという視点が弱いと思われる。

そう指摘している筆者も「自殺者数30,000人超」という報道について，公衆衛生の立場から何となく気にはなっていたという程度であった。当時から行われていた,「辛くなったら相談しよう」というハイリスクアプローチのキャンペーンにもあまり疑問を感じていなかった。自殺のデータと10代の人工妊娠中絶率のデータを重ね合わせると，男子の自殺が急増した時期が10代の人工妊娠中絶率の急増期に一致することに気づいたものの，妊娠させる元気な男たちのデータと，自殺する男たちのデータが一致する理由はすぐには思いつかなかった。(図6)[8)]。

9．関係性喪失期から関係性拒否期へ

あらためて10代の人工妊娠中絶率の推移に着目し，尾身先生が指摘していた関係性の喪失や性や育児などの情報の入手方法の変化に着目すると，様々なデータが一致することは決して偶然のことではないことに気づかされる。

1970年代までは人間関係が濃密だったのが，その後核家族化の広がり，職場での旅行や飲み会の減少等に象徴される関係性の希薄化，喪失という状況になっていった。一方で1990年代後半では家庭崩壊により居場所を失った女の子が性行動を通して自らの存在意義を確認する一方で，友達同士で性情報を共有する関係性もなくなり，避妊等に関するコミュニケーションが無くなった結果，人工妊娠中絶率が急増したと考えられる。一方で，2000年以降は男子の草食化という言葉が一般的に使われるように，ふられる，失恋することに臆病になった男子は性的関係を含めた恋愛関係をも拒否していった。このことに拍車をかけたのがやはりインターネットや携帯型ゲーム機の普及で，若者たちはリアルな世界ではなく，バーチャルな2次元の世界で満足できるようになった。当初は男子が中心だったが，近年は女子もコミュニケーション能力が低下し、バーチャルな世界にかなり入り込んでいる。

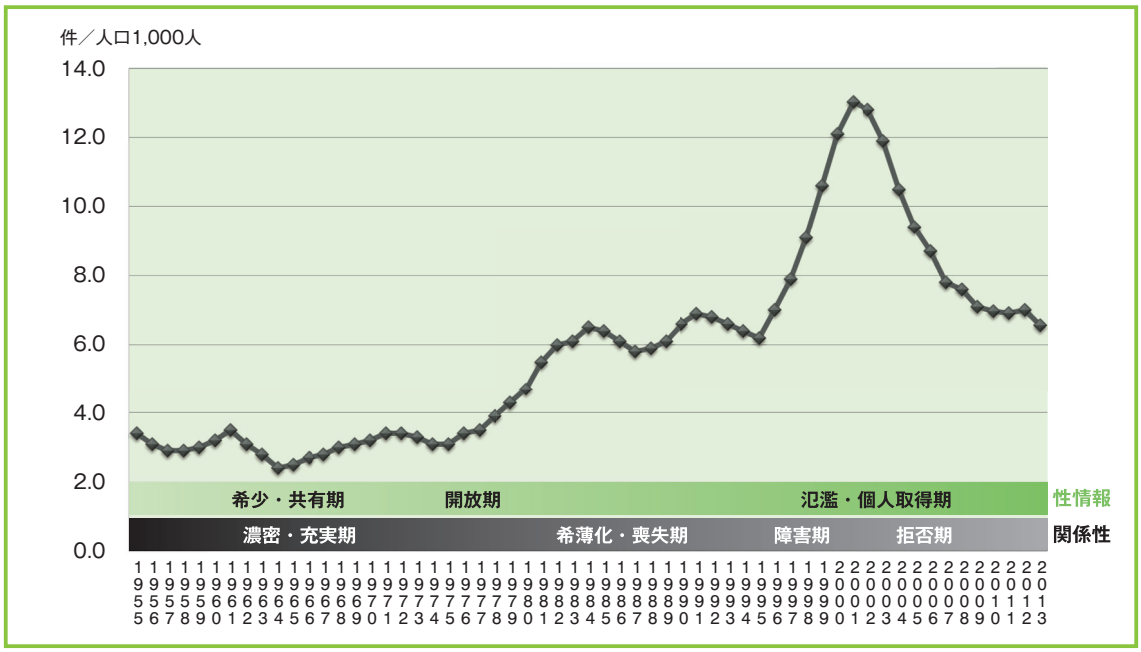


図７　10代の人工妊娠中絶率の推移と情報、関係性の関連

性情報に関しては1960年代までは入手も困難で仲間等で共有していた時代だったのが，1970年代はいわゆるポルノ映画が公開されるなど，性情報が開放された時代になった。ただ，この時期はこのような性情報は大勢でアクセスする時代であり，仲間からその真偽（レイプされた女性が犯人とのセックスを楽しむはずがない，など）を確認し合っていた。しかし，個人視聴型のアダルトビデオやインターネットの普及により，情報が氾濫する一方で，それらの情報に個人でアクセスするため，その真偽について関係性の中で確認する機会が減少した（図7）。年配者は理解できないだろうが，アダルトビデオで定番となっている膣外射精は今やいわゆるステディーな恋人や夫婦にとって当たり前の行為となっている。

10．表出した各課題の根底にあるリスク

自殺，不登校，児童虐待，人工妊娠中絶というトラブルを抱える人と，抱えない人の違いを，不健康，健康という視点で検証すると，関係性の喪失がもたらす情報不足，関係性で育まれる自己肯定感が育たない環境，関係性の喪失がもたらす居場所の喪失，関係性の構築に不可欠なコミュニケーション能力の低下といったリスクが，課題を抱える本人だけではなく，社会全体に蔓延するリスクになっていることが理解できる（図8）。

いじめがない社会はないが，そのいじめを克服するストレスマネージメント力があれば対処できる。直面する性の問題について，2次性徴と向き合いながら仲間同士で学び合えればトラブルに巻き込まれない。薬物に依存することなく自分の居場所が実感できる場があれば，薬物に手を出さずに済む。LINE等のSNSの問題も，日々相手と会って話すコミュニケーション力があればSNSは便利なツールになり，トラブルは回避できる。このようなことは，実際にトラブルを回避している人たちが示してくれている。

ただ，このように説明しても，目の前にハイリスク者を抱えていると，ハイリスク者へのアプローチに日々追われ，結局は無力感に襲われているのが現場の実情である。だからこそ，まずは現場が直面している事象をポピュレーションアプローチの視点，すなわち，一つ一つの課題の根底にある社会に蔓延するリスクは何かという視点に着目し，関係性，自己肯定感，居場所の喪失やコミュニケーション能力の低下への対処を，関係各機関のみならず，地域住民をも巻き込んだ取り組みが求められている。8020運動が成功しているように。

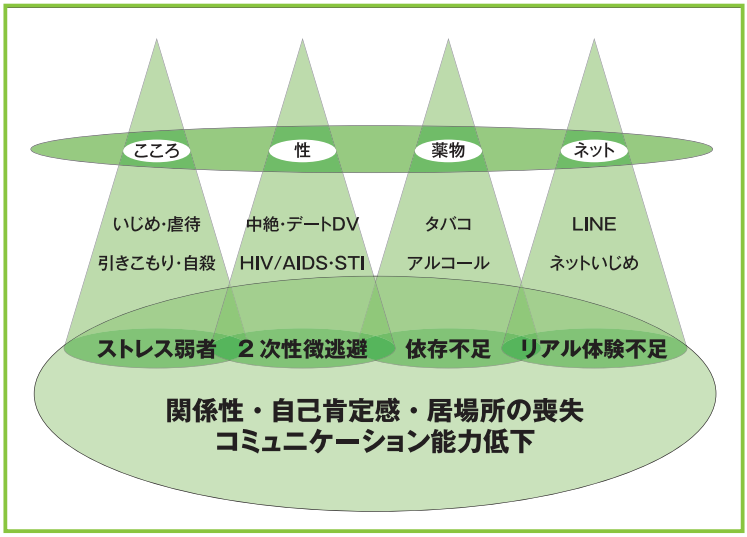


図８　若者の問題の根底

11．自殺率が低下する年配者，増え続ける若年者

男女別でみれば，自殺は圧倒的に男子が多い。しかし，年齢階級別に自殺率の推移を見ると，男女とも高齢者では低下傾向にあるものの，若い世代では増加傾向にある（図9，10）[8)]。高齢者で自殺が減少傾向になっている理由として，介護保険法の施行をはじめ，高齢者への心理・社会的支援が充実していることが功を奏している可能性が高い。「自殺対策」として特別な何かが打ち出されたというより，様々なサポートが得られる安心感，介護予防活動を通した仲間づくりなどが得られ，社会に蔓延するリスクの軽減を意識していなかったにも関わらず，結果として，孤立していた人たちが「関係性の再構築」や「コミュニケーションの場」を得たことで自殺率が低下したと考えられる。

それに対して，若年者へのサポートが不十分な理由は，多くの大人たちが，自分たちは特別なことをしてもらわなくてもそれなりに成長したという，経験，実体験に基づく，偏った主張が展開されているためと考えられる。しかし，年代で異なるだけでなく，男女とも同じような年代別の自殺死亡率の推移は若い世代に対する心理・社会的支援，すなわち，関係性の再構築や居場所づくりといった積極的な対策が急務であることを示している。

若者たちに関わっている専門家，関係者，関係機関は少なくないが，いずれも若者たちの表出した課題，すなわち性感染症や望まない妊娠，いじめ，不登校といったことへのハイリスクアプローチが主であり，根本的な，若年者がかかえる社会に蔓延するリスクへの対応がとられていない。その結果が，若い世代での自殺率の上昇という結果に表れている。

ただ，2011年3月の東日本大震災を受け，すべての年代で自殺率が低下しているのは，被災地の被害を目にすることを通して，多くの人が「辛い状況は自分だけだと思ってしまうリスク」に対して，被災地から繰り返し届けられた情報の結果，自分自身だけが厳しい状況にあるのではない，という共感が得られたことも関与していると思われる。

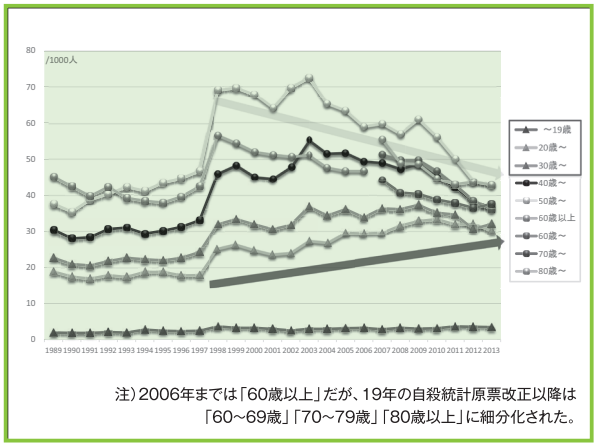


図９　年齢階級別自殺死亡率の推移（男）

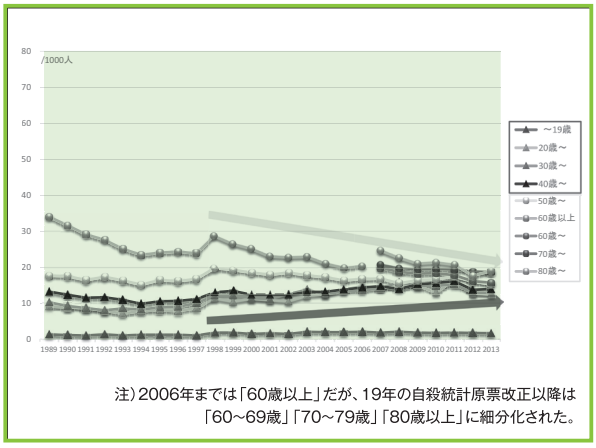


図１０　年齢階級別自殺死亡率の推移（女）

Ⅲ．思春期だから可能な重層的，多角的，具体的対策

1．多様な場面で関係性の再構築を

自殺対策と性教育の関係性はすぐにはイメージできないと思われる。しかし，本稿の読者となっ

た男性の方にはぜひとも自分自身の思春期の性の経験を振り返っていただきたい。例えば「マスターベーションをどのように覚えたか」と聞かれれば,「自然に」という回答が多いと思われるが,どのような「環境」の中で「自然に」学んだかを再確認していただきたい。最近増えている,床やベッドにこすりつける方法で射精することを覚えた現代の若者たちは，膣外射精障害が原因の不妊症で苦しんでいる。本来，マスターベーションは兄弟や仲間との関係性の中で学ぶことである。しかし，思春期の時点で既に関係性の喪失が原因で正しいマスターベーションの仕方を学べていない若者たちは，将来，ストレスを抱えた際に誰かに相談することができないと思われる。「性」を仲間たちと共有できる関係性をつくることは，将来のこころの病の予防にもなるということを強調したい。

このように，思春期の若者たちに関わる大人たちは，それこそ多様なメッセージを伝えたいと思っている。しかし，表出した課題，例えばインターネット，いじめ，タバコといったことを伝える際に，根底にある関係性やコミュニケーション能力といった問題を意識して啓発活動を行うことで，結果的に自殺対策になると期待される。

2．効果的，効率的な啓発活動とは

年間100校程度で中高大生に話をしていると，彼らが聞きたいことが見えてくる（表4）。「いつもはあんなに真剣に聞かないんですが」と感想をいただくことが多いが，それは若者の求めに応じた内容を提供していないためである。若者は統計，あるべき論，正解，スローガンには興味を示さない一方で，事例を通した当事者の思いや経験談，特に失敗談には強く関心を示す。

自殺の当事者の思いや経験談というのは聞くすべもないが，多くの人が様々な辛い経験を克服し生き続けているというメッセージであれば，直接自殺といったことを語らなくても，結果として若者たちの心に残るメッセージになる。近年，葬儀も家族葬が増え，結果的に他者の死に向き合う環境が激減していることも「死を知らない」というリスクを社会に蔓延させているといえる。

自殺予防というと自殺に関連する話をしなければならないという誤解があるが，性教育の中で

表４　若者が求めているこころの教育とは？

聞きたいこと 聞いて残ること	聞きたくないこと 聞いても残らないこと
事例、当事者の声や思い、 経験談、感動体験、失敗談	統計、あるべき論、 正解、スローガン
関係性に基づく話	トップダウンの押しつけ
自分事意識	他人事意識
悪者がいない話	悪者がいる話

失恋への自分自身の経験談を話すことも，結果的にストレスの克服法の紹介であり，自殺対策の一手法と言える。社会に蔓延するリスクに対応するには，一つの事業や活動に複数の意味合いを

持たせるという意識が求められている。すなわち，啓発事業や活動は単一目的のために行うのではなく，重層的，多角的な視点で取り組む必要がある。

3．性差を考慮したアプローチ

「男性」は自殺率が高いだけではなく，前述のようにマスターベーションの仕方を周囲に学ぶことができなくなってきた。失恋というストレスに耐えられずストーカーになってしまうのも「男性」が多い。このように，性差，すなわち「男性」というリスクに配慮した対策が求められているともいえる。

男性と女性の違い，すなわちオスとメスの違いに着目すると，オスの方が関係性を構築する力が弱いと言える（表5, 6）。一方で，大枠でとらえると男性の方が女性より自殺のリスクが高いが，前述のように，男性でも，女性でも若年者のリスクは高く，自殺率は上昇している。すなわち，「若い」「男性」はリスクが高まり続けており，対策が急務といえる。

では，具体的にどのようなアプローチが考えられるのか。群れる機会を増やす上で，学校現場であれば部活等の活性化，地域であれば地域行事への積極的な引き込み，といろいろ提案しても，そもそも関係性や居場所，コミュニケーションが重要という意識にならない限り，積極的に行動するはずもない。

表５　そもそも「雄（オス）」とは？

群れない習性
関係性に学べない、一人で犯罪
欲望（性欲・顕示欲・独占欲、等々）の塊（かたまり）
名刺と役割がないと人前に出られず
「プライド」の生き物
人に言われても変われず、おだてられないといじける

表６　そもそも「雌（メス）」とは？

群れる習性
周りに合わせ、関係性に学び、癒される
欲望（食欲・愛情欲・物欲、等々）がオスと異なる
日常の中に幸せと役割を見つけ
「プライド」より「本能」と「あきらめ」の生き物
「まあいいか」と現実を受け入れ続ける

4．関係性の再構築（ソーシャルキャピタルの醸成，地域づくりという視点）

若年者への自殺対策を考える際に，第2次健康日本21でソーシャルキャピタル（社会関係性資本）の醸成，地域づくりという視点が打ち出されたことに着目したい。第1次健康日本21でもハイリスクアプローチの限界は様々な分野で実感された。自殺の領域でも「相談しましょう」と呼びかけても相談につながらない事例は多いだけではなく，相談機関や精神科につながってもその方々の自殺を防げない経験は多くの関係者が体験している。

今回，ソーシャルキャピタルの醸成が打ち出された背景には，「無縁社会」といった言葉に象徴されるように，現代の社会全体に蔓延しているリスクとして，本稿でも繰り返し述べてきた，人と人の関係性喪失，コミュニケーション能力の低下が深刻化した結果，一人ひとりが居場所と感じられる空間が少なくなっている。

ただ,「関係性」や「居場所」という言葉は，わかったような，わからないような言葉であり，どう関係性をつくればいいのか，居場所をつくればいいのかとなると多くの人は悩んでしまう。

千葉県浦安市は自殺対策において，ハイリスクアプローチに加え，ポピュレーションアプローチも重視した取り組みを展開している。その中で,「関係性」や「居場所」というキーワードの理解を深めるためのスライドを作成した。そこで使われている文言を紹介する（表7～10）。これらの文言を紹介することで,「関係性」というキーワードが一人ひとりのこころの健康づくりにつながっているということがイメージ化できるようにしている。

表７　関係性について①

「関係性」のイメージ
▶「関係性の喪失」とは何がなくなって何を失ったのだろうか・・・ ▶「関係性の喪失」と聞くと、自分から関係性を絶ったということではなくて、周りの要因で失ったという印象を受ける ▶自然に関係性を失ってきている急になくなったものではない

表８　関係性について②

現代の「関係性」
▶以前は、自宅で子どもの行事から葬式までやったが、今は、家以外の場所で、家族だけ ▶「つながっている」から場所が離れていても寂しいという気持ちがなくなってしまう ▶便利になることでコミュニケーションをとることが苦手になっている ▶調子がいいときには、関係性を必要としないけれど、転んだときには必要…都合のよい話だとわかっている ▶コミュニケーションとるツールは、言葉だけではない ▶飲み会で育った世代も飲み会を開催していない ▶昔から住んでいるから地域のつながりが固いとか絆があるということではない ▶悩んでいるとき違う視点の助言が的を得ていることもある

表９　関係性について③

変化する「関係性」
▶誰かと関わらなくても、一人で完結することができる ▶私たちの世代は元々、関係性がないから喪失しない ▶人は居心地のよい方向に行くのかもしれない ▶人のなかに入っていくことを好まない風潮がある ▶つながりすぎているのに中身は希薄 ▶裏アカウントが必要な時代に ▶卒業式が永遠の別れにならない。ネットでつながり続けている

表１０　関係性について④

「関係性」の育み方
▶昔のやり方に戻すのは無理 ▶一家に１台の電話だった頃相手の状況を想像して自分がどうすればよいか考えた ▶関係性を作るためのツールは確実に増えている ▶「なぜ関係性が必要か」ということを伝えることが重要 ▶知識はインターネット等でも得ることはできるけど、実体験を積み、経験をすることが「生きる力」につながっていく

５．コミュニケーション能力の育み方

コミュニケーション能力の低下は様々な分野で言われているが，何が原因で，どうすれば効果

的に育めるかという短絡的な方法、正解はない。筆者は数多くの学校に出向き，コミュニケーション能力の低下に関しては貴重な体験をさせてもらった。

講演の際にPowerPointを使うことが多くなったが，若者を対象にした場合，盛り上がりに欠けるという印象があり，最近はマイク一本で話すようにしていた。そう感じていた時に「映像は想像力を奪う。ラジオは，想像しなくてはいけない」という言葉に出会った[2)]。目から入る情報はわかったような気になるが，耳から入る情報は想像力を育み記憶に残るというのは多くの人が実感していることである。一方で，学習困難校と言われるある学校では年々生徒が聞かなくなっていることに気づいていた。その学校のことを知っていた教育学者に相談したところ，「残念ながらあの学校で，マイク一本でしゃべったら，生徒はまるでフランス語を聞いているような感覚になっているはずだ」と教えられた。すなわち，スマホや携帯で，LINEやメールをしていても，聞き言葉に慣れていないため，耳から入った言葉の意味を理解することができないということだった。もちろん仲間同士の会話はできるのだが，いわゆる他人が語る，ストーリー性のある話を耳から入れて，内容を理解するトレーニングがされていないとのことであった。これを人間関係に当てはめると，他者との会話などで生じるストレスを自分なりに受け止め，自分の思いを言語化して相手に伝えるというのは実は大変高度な作業ということになる。

コミュニケーション能力を育むには，まずは積極的に会話をする，子どもに対しては読み聞かせをする，ラジオを一緒に聞くなど，様々な機会をとらえて耳から入る情報を増やす努力が求められている。

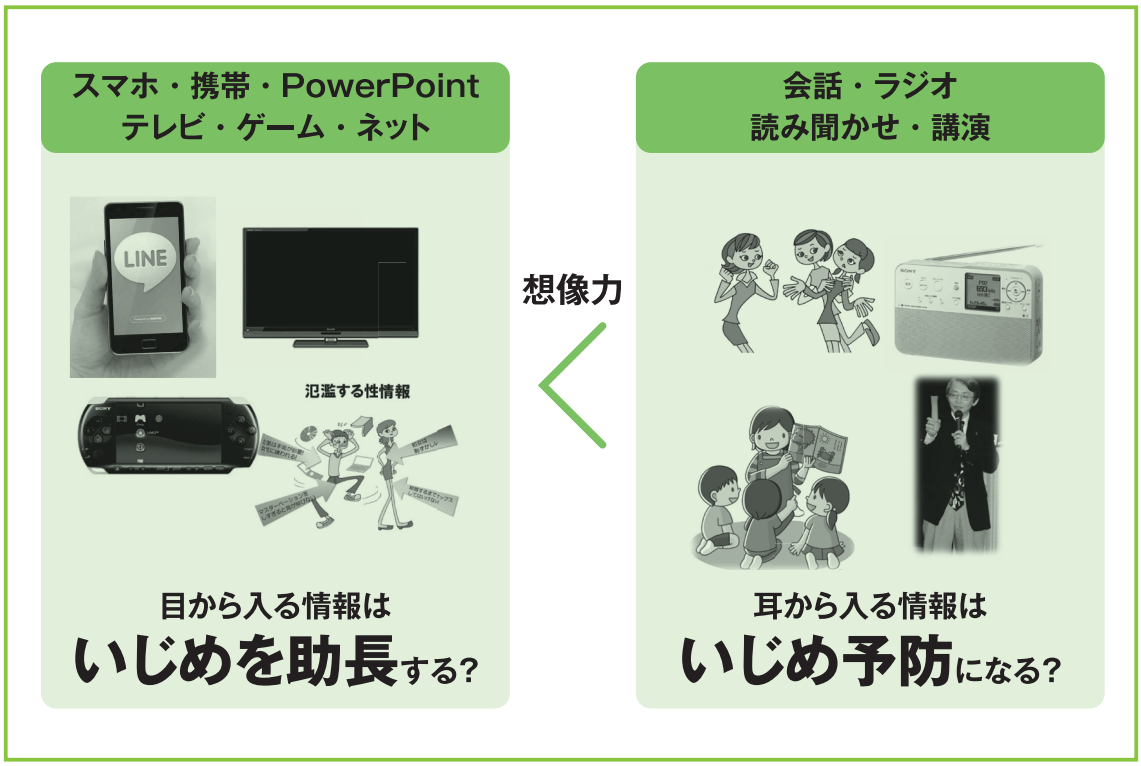


図１１　情報の入手経路と想像力の関係性

Ⅳ. 今後に向けて

1．思春期の諸問題の一括的な検証，評価体制を

今回，様々なデータを検証した結果，それらが変動する要因として，社会に蔓延する共通のリスクが大きく関与している可能性が示唆された。思春期のように，本人自身がまだ成長過程にある時期に起こり得る様々な問題を予防したり，解決したりするためには，彼らを受け止める立場の大人が，自殺の可能性があると推定されるハイリスクな個人へのアプローチだけにとどまることなく，自殺につながる可能性がある社会に蔓延するリスクが何かを検証し，そのリスクへのアプローチも併せて行う必要がある。そのためにも，思春期に関わる関係者には「思春期学」、「公衆衛生学」という総合的な視点で議論と検証が進むよう，さらなる連携と協働が求められている。

引用文献

1) Geoffrey Rose: The Strategy of Preventive Medicine. Oxford University Press: 13-14, 1992.
2) 北山修：最後の授業．みすず書房，東京，34-35，2010.
3) 厚生労働省：性感染症報告数．2014. http://www.mhlw.go.jp/topics/2005/04/tp0411-1.html
4) 厚生労働省：（報道資料）児童相談所での児童虐待相談対応件数．2014. http://www.mhlw.go.jp/file/04-Houdouhappyou-11901000-Koyoukintoujidoukateikyoku-Soumuka/0000053235.pdf
5) 厚生労働省：平成23年歯科疾患実態調査．2012. http://www.mhlw.go.jp/toukei/list/62-23.html
6) 厚生労働省：平成25年度衛生行政報告例の概況．2014. http://www.mhlw.go.jp/toukei/saikin/hw/eisei_houkoku/13/
7) 文部科学省：児童生徒の問題行動等生徒指導上の諸問題に関する調査．http://www.mext.go.jp/b_menu/toukei/chousa01/shidou/1267646.htm
8) 内閣府：平成26年度版自殺対策白書．2014. http://www8.cao.go.jp/jisatsutaisaku/whitepaper/w-2014/html/index.html
9) 総務省：（報道資料）平成24年通信利用動向調査の結果．2013. http://www.soumu.go.jp/johotsusintokei/statistics/data/130614_1.pdf
10) 週刊医学界新聞：インタビュー公衆衛生躍進の時代が来る！尾身茂氏（WHO西太平洋地域事務局長）に聞く．週刊医学界新聞2004年2月16日，医学書院，2014. http://www.igaku-shoin.co.jp/nwsppr/n2004dir/n2572dir/n2572_01.htm

第3章　総論　～若年者の危機と保護的要因～

3. 社会学から見た若年自殺の背景

東京学芸大学人文社会科学系社会科学講座
教授　浅野　智彦

- 若年自殺状況が悪化した時期に若者全体の幸福度・生活満足度は上昇している。両面を視野に入れる必要がある。
- 世代論的な要因に着目すると，1930年代生まれの自殺死亡率の高さには世代特有の価値意識が関与しているが，現在の若者の自殺に世代要因を想定することは難しい。また，現在の子どもの貧困は，将来的に自殺促進要因になる危険性がある。
- 社会経済的な要因として，失業率と経済格差が自殺死亡率を押し上げる度合いが日本では大きい。積極的労働市場政策は自殺死亡率を押し下げる。また，就活自殺の改善のためにはライフコースモデルの修正が必要である。
- 身近な人間関係に着目すると，家族関係の良好さは自殺を抑止するが，家族への見守りの期待が過重にならないように注意が必要である。一方，友人関係の良好さは自殺を抑止するが，同時に友人ネットワークを通して自殺は「伝染」もすることから，地域の交流は必ずしも自殺を抑止するわけではない。
- 自殺についての語り方に着目すると，自殺の「医療化」は過労自殺を社会問題化する上で効果があったが，管理と監視とを押し進める危険性も指摘される。また，マスメディアの報道の仕方は自殺の促進要因になり得る。さらに，「いじめ自殺」などについての語り方が，新たな自殺動機の供給になっている可能性に注意すべきである。

Ⅰ. はじめに

本章の目的は，若年自殺の背景要因について社会学の立場から検討した諸研究を概観することである。しかしながら，日本の社会学者が若年層の自殺に注意を向け始めたのはつい最近のことであり，研究が豊富に蓄積されているとは言いがたい状況である。もちろん自殺自体は社会学の伝統的な研究テーマであり，連綿と続く研究の系譜もあり，それなりの蓄積もある。だが，若年層についての近年の社会学的研究は，雇用環境の悪化等，自殺と関連の深い領域に焦点を合わせてはきたものの，若年層の自殺それ自体に注目する研究は多くない。それどころか後述のように自殺とは対照的にもみえる若者の幸福感の上昇が注目を集めてもきた。

クリスチャン・ボードロとロジェ・エスタブレは，豊かな社会において若年層の自殺死亡率が上昇している点に注意を向けている[2)]。例えばアメリカでは，1950年代から1990年代にかけて中高年の自殺死亡率が減少したのに対して，若年層のそれは3倍に増えた[4)]。このような若年層の自殺の増大に対応するためにアメリカでは分厚い調査や研究を蓄積してきた。National

Longitudinal Study Of Adolescent Health（通称 Add Health）のデータを用いた各種の研究等がそれにあたる。他方，日本では1998年以降の戦後の自殺の第三のピークに伴い，自殺とその予防に対する関心は高まったものの，自殺による死者の多くを占めていた中高年に専ら注意が向けられてきた。例えば国立精神・神経センター精神保健研究所は機関誌『精神保健研究』16号（2003年）において自殺学の特集を組んでいるが，掲載された論文のいずれにおいても若年層の自殺は必ずしも主題とされていない。近年，様々な対策が功を奏したためか中高年層の自殺死亡率に改善が見られ，相対的に若年層の状況の悪化が顕在化するにいたってようやく研究者の注目が若年層に向き始めたところである。

したがって以下の整理においては，必ずしも若者を主な対象にしたものではない研究や，若者を対象とした研究だが日本以外での知見，また社会科学に隣接する諸分野（経済学等）における知見をも積極的に取り上げていきたい。なお以下の二点にあらかじめ注意を向けておいてほしい。第一にここでいう若者には，中学生・高校生，大学生・社会人など異なった年齢層の，異なった環境に生きるグループが含まれていること。第二に，社会学的な観点からの研究はしばしばそれぞれの社会（国や地域）によって事情の異なる変数を分析に用いる（例えば宗教や家族関係のあり方）。他の社会の知見がそのまま日本に当てはまるとは限らないこと。

Ⅱ. 自殺と幸福

社会学的な若者論は，1990年代末から00年代まで主に雇用状況や社会的自立をめぐる諸問題（フリーター，ニート，社会的ひきこもり等）を主たる研究テーマとしてきた。だが2010年代に入って，それとは対照的なテーマが注目を集めるようになる。それは若者の幸福感の増大という現象である。

いわゆるバブル景気が崩壊して以降，若者をとりまく社会経済的な状況は急速に厳しさを増してきた。特に1990年代後半以降，フリーターやニート等の社会的問題に代表されるように，若者の雇用環境の劣化には著しいものがある。ところがこの間，若者の幸福感や生活満足度は上昇し続けているのである。内閣府の国民意識に関する世論調査によれば20代の生活満足度はかつてないほどの高さを示しており，またNHK放送文化研究所の中学生・高校生の生活と意識調査によれば2002年から2012年にかけて「とても幸福だ」と感じる中高生が顕著に増加している[27)]。また自殺念慮についても，NHK放送文化研究所の中高生調査によれば，低下している様子がうかがわれる。この「謎」については様々な解釈が試みられているが，いくつかのデータから推測されるのは，身近な人間関係の良好さが彼らの幸福の重要な源泉になっているということだ。例えば青少年研究会が2012年におこなった若者調査の結果によれば，現在の暮らし向きや将来展望に加えて，友人関係，家族関係が満足度をおしあげているという。

通常，自殺と幸福とはちょうど対極的な位置にあると考えられている（例えば，白石賢・白石小百合の幸福研究では，幸福度は主観的な評定において自殺（鬱状態）と対極にあるものと位置づけられている[40)]。その観点からすれば，幸福度が上がっているのに自殺が増えるのは不思議だということになりそうだ（幸福のパラドクスに加えて，自殺のパラドクス）。

もしかすると幸福と自殺とは単純な対立関係にはないのかもしれない。実際，岡檀は自殺希少地域の幸福度がその他の地域に比べて高くないことを明らかにしている[31)]。希少地域で最も多

い回答は中程度の幸福なのだという。また黒川・大竹の研究によれば幸福度と満足度とは異なった条件によって上下し，世代効果・時代効果・年齢効果の組み合わせによって多様なパタンを示すのだという[17)]。これらは若年層の自殺と幸福との関係を考える上でも示唆を与える知見である。いずれにせよ，若年自殺について考える際に，自殺と幸福という対極的な現象の双方を視野に収めておく必要がある。

以上のことを踏まえて，以下では世代論的な要因，社会経済的な要因，身近な人間関係に関わる要因，自殺の語り方に関わる要因のそれぞれに着目する研究を紹介していく。

Ⅲ. 世代論的な要因に着目する研究

戦後，若年層の自殺が深刻な悪化を見たのは今回がはじめてのことではない。戦後の自殺の第一のピーク（現在は第三のピーク）において，自殺率を押し上げていたのも当時の若年層であった。具体的にいえば1950年代の半ばに15歳から24歳だった世代（1930年代前後の出生コーホート）が，この時期の自殺率を大幅に押し上げていたのである。

高原はその原因をおおよそ次のように説明している[41)]。彼ら1930年代生まれの人々は，その成長の過程で勤勉さと忍耐をよしとする価値観を身につけてきた。そのことが，彼らに弱音を吐くことを躊躇させ，社会生活における葛藤や挫折に対する柔軟な対応を難しくしている。そのような心性が彼らの自殺リスクを押し上げてきたのである，と。このリスクは世代的な（出生コホートに特有の）ものであり，1990年代末以降には高年齢層の自殺数の増大となって現れたと高原は論じている。

実際，別の研究でもこの世代の価値観が変わりにくいものであったことが確認されている。すなわち阪口と柴田は，NHK放送文化研究所が1973年から5年おきに継続的に行なっている「日本人の意識構造」調査のデータを用いて，この世代の価値観が，時代ごとの社会状況や本人たちの加齢による変化を被りにくかったことを明らかにした[32)]。彼らが特に注目したのは，この世代の生活目標が，他の世代と比べて，「身近な人たちとの和やかな関係」に向かう傾向が低いという点だ。これは，彼らが弱音を吐けず，したがって援助希求に消極的であることと関連していると推測される。

では今日の若者の自殺も世代に固有な価値観や生活態度に関連づけて理解できるだろうか。この点を直接検討した研究は今のところないのだが，先に触れた「日本人の意識構造」調査のデータから一定の示唆を得ることができる。継続的に尋ねている質問を用いて得られた平面上に各世代の意識の推移をマッピングしていくと，新しい世代になるほど先行世代との距離が縮まっていることがわかる。つまり世代間の変化は明確に減速しているのである[26)]。ここからは，世代に関わる要因によって今日の若年層の自殺を説明することが相対的に難しいと予想される。

だがその一方で，阪口・柴田のもう一つの発見に注意しておくべきでもある。彼らの分析によれば，1930年代生まれの独特な価値観は，彼らの幼少期の貧しさによって形成された可能性が高いという。幼少期の貧困は，援助希求の困難な価値観・生活態度を形成することによって生涯にわたる自殺リスクを押し上げる危険性があるということだ。とすると現在，社会的に注目されている「子どもの貧困」もこの観点から見ておく必要があるだろう。すなわち，貧困は子どもの現在の生活に関わるのみならず，将来の自殺リスクにも関わる要因であるかもしれない，という

ことだ。

Ⅳ. 社会経済的な要因に着目する研究

自殺が経済的な状況に左右されるものであることは多くの研究によって明らかにされてきた[39]。中でも日本の自殺は，他のOECD諸国のそれに比較して経済的な要因に左右される度合いが大きい[3) 18)]。とりわけ失業と経済格差の二つは，自殺死亡率に顕著な影響を与えている。

失業の効果を明らかにしている研究の一つが森田次朗のものだ[24]。森田は日本版GSS（JGSS）のデータを用いて，自殺念慮を規定する要因を検討した。その結果，20歳から59歳の男性の自殺念慮は，労働条件ではなく，失業の可能性を予見しているかどうかによって左右されることが確認された。

他方，失業をはじめとする経済的なリスクに対する公的な政策による手当が自殺死亡率を押し下げることもいくつかの研究から明らかになっている。海外の研究ではスタックラーらがEU加盟国のデータによって，積極的労働市場政策（公的な職業訓練・就職支援・雇用助成などからなる社会政策群）への投資が自殺死亡率を押し下げることを示した[39]。柴田悠は，この分析をさらに拡張・精緻化し，OECD諸国全体についてみても積極的労働市場政策が自殺死亡率を押し下げる効果を持っていることを示した。

またフラヴィンとラドクリフは公共政策と社会関係資本とのいずれが自殺抑止に効果的かという問題を立て，米国の州の間で比較研究を行なった。その結果，公共政策が社会関係資本よりも自殺を抑止する度合いがずっと高いこと，しかも（驚くべきことに）社会関係資本が自殺抑止に対して負の効果を持っていることが示された。このことは近年社会関係資本論を背景に称揚される「絆」の効果について，もう少し慎重に見定める必要があることを示唆している（「絆」については岡の指摘[31]も参照）。

日本においても基本的には同様の関係が確認されている。例えば，松林と上田は各都道府県の公的支出と自殺死亡率との関係を検討し，行政投資額・失業対策費が自殺死亡率と負の関係にあること（ただし後者は男性についてのみ）を示した[20]。

以上の研究は若年層に限らず妥当する知見を示している。他方で，とりわけ若年層と労働市場との関係から生じる自殺が近年目立つようになってきている。それが「就活自殺」と呼ばれるものだ[23) 45)]。これについてはライフリンクの詳細な調査がある。同調査によれば，就職活動を始めてから「本気で死にたい」「消えたい」と思った学生は21％にのぼる[29]。その背景には，安定した「正社員」という進路がますます狭い道になりつつあるのにもかかわらず（あるいは，そうであるからこそ）そのような進路への固執が強まっているという事情がある。またこのような若者の迷いや葛藤に焦点を合わせた自殺のドキュメント研究として小森田のものがある[16]。

また橋口はそのような就活自殺が男性に偏って多いことを指摘し，背景に性別役割分業の構造があることを示唆している。先述のチェンらの分析によれば，女性の労働力率は自殺死亡率を微弱ながら悪化させるので，男女平等がそのまま自殺状況の改善につながるとはいえない面もあるが，どのような意味での平等なのかという問いも含めてジェンダー化されたライフコースの問い直しが求められているように思われる。

これらは，高度成長期に確立したライフコースモデルの失調と，その失調をある程度補いつつ，

別のモデルへと誘導する諸政策の問題と考えることができる。若年層においてその課題はいっそう切実である。この点を考慮しても積極的労働市場政策などのマクロな政策のもつ自殺抑止効果にこれまで以上に注目すべきであろう。

Ⅴ. 身近な人間関係に着目する研究

若者にとって身近な人間関係を，家族，友人，地域の三つに大別して知見を紹介していく。内閣府の「国民生活に関する世論調査」によれば，家族や友人といるときに充実感を感じるという若年層は増大傾向にある。また冒頭で紹介したように，家族関係・友人関係の良好さは彼らの生活満足度を押し上げる効果がある。このことから少なくとも家族関係・友人関係が若年層の自殺にも何らかの影響を及ぼしているのではないかと推測される。

他方，地域関係について最近指摘されるのは，若者の地元志向が強まったということだ。だが，これは地域の人々との関係が一般に親密になったというよりは，家族・友人関係の重要性の副次効果であると考えられる。実際，内閣府の「世界青年意識調査」によれば，地元に愛着を感じる理由として最も多くの若者があげているのが，友人がいるからというものだ。彼らにとっての地元は，大人も含めた地域社会全体というよりは，自分たちの友だちとの関係が展開される場という意味合いが強いのである。

1．家族関係に関わる要因

まず家族関係から見ていこう。田中らは，大阪とスウェーデンの小中学生を対象とした質問紙調査を行い，日本の小中学生の自殺念慮が両親の不和と関係していることを見出した[43)]。すなわちスウェーデンにおいては自己評価の低さが自殺念慮を強める傾向があるのに対して，日本においては自殺念慮を規定する第一要因は「自分のことで両親がよくけんかをする」というものであった。

また大嶋は，自らの授業を受講する大学生を対象とした自由記述式の調査を行ない，その回答から自殺念慮を抱いたにもかかわらず実行を思いとどまった際の周囲の親しい人々の役割を整理した[30)]。すなわち友人は，理解し支えてくれる存在であり，それによって自殺を抑止する働きを持っているのに対して，家族は「悲しませたくない」対象として自殺を抑止する働きを持っていることが見出された。この結果を受けて大嶋は，どちらかといえば友人関係に積極的なサポート機能を見出している。

夫婦関係についての研究としては柴田のものが興味深い[38)]。一般に既婚であることが自殺抑止効果を持つことはデュルケームの古典的な研究以来よく知られており，日本でも同様の効果が確認される。柴田は，その効果がマクロな変数によって媒介されることを複数の国のデータを比較することで示した。すなわち第一に，ある国が積極的労働市場政策を採用することは，その国における結婚関係の持つ自殺抑止効果を高める。第二に，積極的労働市場政策を採用することは，離婚の持つ自殺促進効果を弱める。つまりマクロな政策に媒介されることで結婚の効果が増幅され，離婚の効果が緩和されるということだ。これは結婚関係が単にミクロな相互作用においてのみ効果を発揮しているわけではないことを示唆している。

アメリカでは，若年層のパネル調査であるNational Longitudinal Study Of Adolescent

Health（Add Health）のデータを用いた研究が様々になされている。パネル調査であり，同じ回答者の変化をたどることができるため，因果関係をより精密に推測することができる。家族関係については，例えば，マイモンとクールとが自殺企図に対して家族への愛着が持つ効果を検討している[19]。その分析によれば，先行する時点における家族の愛着が強いと，後続時点での自殺企図が顕著に押し下げられるのだという。家族については社会間，文化間の違いが大きいので，日本にそのままあてはめることには慎重であるべきだが，示唆的な結果である。

これらの調査研究の多くは良好な家族関係が自殺を抑止する機能を持っていることを示している。ここから自殺予防対策において家族に大きな役割を期待したくなるのは自然である。実際，日本の自殺対策基本法に基づく諸対策の中でも基本的な位置を占めているのは身近な他者，特に家族による見守り（ゲートキーパー機能）である。しかし，関係が良好ではない家族にとってはもちろんのこと，良好な家族にとってもこのような責務を負わされるのは重荷ではないかという批判もなされている[5]。すなわち，このような責務を家族が引き受けている状況で，かりに家族員に自殺者が出た場合，残された家族成員にはより強い自責の念が生じてしまうのではないか，ということだ。藤原によれば，このような懸念は自殺総合対策大綱の改正後も解消されていないという。家族が自殺予防に果たす役割と，それを家族に負担のない形で活用していく方策と，双方を視野に入れて慎重に検討する必要が有ろう。

2．友人関係に関わる要因

まず若年層に限らず友人関係が自殺に対して抑止効果を持つことを示唆する調査がある。例えば，森田次朗は，日本版総合社会調査（JGSS）のデータを用いて，20歳から59歳の男性において，友人交際の頻度が自殺念慮を押し下げることを示した[24]。友人づきあいが頻繁であるほど，自殺念慮を抱きにくくなるということである。

アメリカにおいては，若者の友人関係と自殺との関係についていくつかの研究がある。マイモンとクールは先述のAddHealthのデータを用いて学校への愛着と自殺企図との間に負の関連があることを示した[19]。すなわちある時点で学校への愛着が強い若者は，後続時点で自殺を企図する傾向が低くなるということだ。学校に対する愛着は，多くの場合，学校での友人関係に対する愛着であると想像されるので，これもまた友人関係が自殺に（特に若年層の自殺に）持つ影響を示しているといえるだろう。

だが友人関係は自殺を促進する効果も持つかもしれない，というのが同じAddHealthデータを用いたアブルーティンとミュラーの研究が示唆することだ[1]。彼らは親密な友人関係は，そのネットワークの中で生じた自殺を伝染させる効果を持つのではないかと考えた。そこである時点で自殺念慮･自殺企図のない回答者を選び出し，彼らのパーソナルネットワークの中で生じた自殺が，後続時点で彼らの自殺念慮・自殺企図にどのような影響を与えるのかを検討した。その結果，友人の自殺は（あるいは自殺企図も）本人の自殺念慮・自殺企図を押し上げる効果を持つことが確認された。ただしこの効果は時間とともに弱まり，おおむね６年程度（女性ではもう少し長く）消滅するという。

3．近隣関係に関わる要因

高梨薫と清水新二は大阪市の調査データ（無作為抽出の回答者に公募回答者を加えたものを対象とする）を用いて，メンタルヘルス（CES-Dを用いて測定）が地域の人々との交流の有無と正

に相関していることを見出した[42]。つまり地域との交流がある人のメンタルヘルスは相対的に良好であるということだ。ただし，清水はそれと同時に自殺念慮に対しては「地域の人々との交流」が効果をもたないことをも見出した。鬱状態が自殺の重要な背景要因であることを考えるとこれは奇妙なことに思えるが，清水はこれを次のように解釈している。自殺念慮を抱くという事態は，メンタルヘルスの悪化一般よりも深刻な事態であり，単につきあいがあるという程度では抑止効果を持ちえない。必要なのはより踏み込んで相談に乗ったり支援ができるような相手なのではないか，と。

また岡檀は，自殺希少地域である徳島県海部町を調査し，そこにある「ゆるやかなつながり」が自殺を抑止する効果を持っているのではないかと論じている。ゆるやかであるというのは，日常的な助け合い活動の緊密さはそれほどなく，あいさつや立ち話程度のあっさりとしたつきあいであるが，人間関係が固定されておらず，開放的であるという特徴を指す。いわく「ちょっとした逃げ道や風通しをよくする仕掛けがあること，複数のネットワークに属していることが，コミュニティにおける人間関係の硬直化を防いでいると考えられる」[31]。若年層の人間関係を考える上でも示唆するところは大きいように思われる。例えば，若年層における孤立無業者の増大が自殺率を押し上げることへの懸念が指摘される[7]。この場合，構築すべきは緊密なサポートネットワークであるよりは，ゆるやかなつながりと，そのきっかけを与える場であるのかもしれない。

若年層の自殺に限っていえば，アメリカの事例であるが，先述のマイモンとクールの研究が以下のような関連性を見出している[19]。第一に，地域の人口密度は自殺企図に対して負の効果を与える。つまり人口密度の高い地域に住む若者の方がより自殺を試みにくいということだ。またデュルケームがアノミー的自殺の一例として論じた「ある地域の離婚率の高さと自殺死亡率とは正に相関する」という仮説は，マイモンらの分析では否定されている。つまり地域の離婚率は，自殺死亡率とは無関係である。また，地域の宗教度と自殺企図との間に負の関係があることも確認されている（こちらはデュルケームの議論と整合的である）。

なお身近な人間関係でありながら，研究が少なかったために独立の項目を立てなかったが，職場の人間関係が自殺に与える影響も重要である。Hedstromらは，1991年から1999年にかけてスウェーデンのストックホルム圏で発生した自殺の統計データを用いて，この点について検討した[9]。彼らは，家族と職場という二つの領域に着目し，それぞれにおいて発生した自殺が，その場に属する人々の自殺リスクをどの程度高めるのかを推計した。二者関係で見た場合，家族成員の自殺が与える影響は職場の同僚のそれの2倍にあたる。だが，接触人数の多さゆえに全体的な効果としてみると男性にとっては職場での自殺の影響は家族のそれに比べて少なくとも2倍程度にのぼると推計されている。この研究は若年層に照準したものではないが，今後，若者についても職場を通した自殺の伝染効果の研究が必要となろう。

Ⅵ. 自殺についての語り方に着目する研究

社会学の中で培われてきた視点の一つに，現実は社会的に構成される，というものがある。つまり現実とは，人々の社会的な活動と無関係に客観的に存在しているものというよりも，まさにその諸活動を通して構成されるものである，と見るのである。例えば若年層の自殺という「問題」

は，本研究を含む様々な社会的諸活動を通してある「現実」として構成される。このような観点から，自殺をめぐる様々な諸実践（「語り方」とここでは呼んでおく）が，社会学の研究対象とされてきた。ここではそれらを医療に関わる語り方，報道における語り方，自殺の「動機の語彙」についての語り方の三つに分けて紹介する。

1．医療に関わる語り方

いわゆる過労自殺が労災として認定されたのは電通事件（1991年に自殺した電通社員の遺族が起こした損害賠償請求で，2000年に最高裁判決によって使用者であった電通の責任が認められた）をめぐる訴訟が進行していた1990年代後半のことである。厚生労働省（労働省）はこの事案を受けて，過労による自殺を労災として認定する方向へ転換した。

このような転換の鍵になるのは，自殺を精神疾患とみなす精神医学的な知見の採用であった。電通事件以前には，自殺は覚悟の上で自発的になされたものであり，その責任を使用者である企業に問うのは難しいとされてきた。だが，自殺が（本人の自発的意志ではなく）精神疾患に基づくものであり，しかもその疾患が雇用環境に由来するものであると認められるならば，企業の責任を問うことができることになる。さらには，雇用環境が従業員の心身の健康を損なわないように配慮する義務も生じる。

従来，社会学においては，様々な「問題」を医学的な枠組みにおいて解釈する傾向の強まりを「医療化」として概念化し，その結果として「問題」を構成する社会的な要因が見えなくなることに注意を促してきた（医療化による脱社会化）。その観点からいえば，電通事件をきっかけとした過労自殺の労災認定は，ある意味では典型的な医療化であったといってよい。過労自殺について論じる社会学的な研究の多くがその点を指摘している[13) 14) 25) 44) 46) 47) 48)]。

しかし同時にそれらの研究の多くが指摘しているのは，そのような「医療化」によって労災認定されたからこそ過労自殺が「過労」自殺であり，社会的な問題としてとらえるべきものだという視点が広く分ち持たれることになったということだ。ここにみられるのは，いわば医療化による社会化である。事実，このあと過労自殺は大きな社会問題となっていくのであり，過労自殺の認定における医療化は，少なくとも日本においては，むしろ事態を社会的なものとして語る動力となったというべきであろう。

他方で，個々の自殺が医療的な語り方に回収されることで，見えにくくなることはほかにもある。例えば，個人の意志による行為とされてきた自殺が，精神疾患による他律的な行為とされることで，自殺者の意志や主体性はある意味では抹消されることになる[25)]。例えば遺書は，個人が自らの思いを綴ったものというよりは，病によって書かされたものとみなされることになる。プリヴェンションを考える上で，いわゆる主体性の契機が抹消されてしまうことの意味は検討されてよいものと思われる。

また遺族の観点から見たときに，自殺死亡者の主体性が抹消された物語が十分な納得を与えるとも限らない。むしろ得られない場合の方が多いかもしれない[47)]。もちろん損害賠償請求において勝訴することが，自殺死亡者の無念を晴らすものであり，そのための便宜として医療化された語りをうけいれることはあるかもしれない。だがそれは，あくまでも便宜的なものにすぎず，その便宜の目的である「無念」はまさに主体性をこそ意味していよう。

医療化された自殺の語りに対するもう一つの批判は，管理社会論の文脈におかれている。北中は，医療化を通して過労自殺が社会問題として認識されるようになったプロセスを肯定的に評価

した上で，その後の政策的な動きに対する警戒をも示している[14]。電通事件の判決を受け，企業は従業員の健康管理に配慮する義務を負うようになったわけだが，それが職場においては上司から部下への，部下の自分自身へのメンタルヘルスに関する絶え間ない監視へと道を開くものではないか。またその延長上でレジリエンスが論じられた場合，それは各人が自己責任で身につけるべきある種の能力のようなものとして扱われるようになってしまうのではないか。そこに貫徹しているのは，監視（他者による，また自分自身による）と自己責任論的な道徳主義である。

2．報道における語り方

自殺についての報道が自殺死亡の動向に影響を与える可能性がある。これはゲーテの小説にちなんで「ウェルテル効果」と呼ばれたりもする現象だ。センセーショナルな自殺報道が，それに触れた人々の間で自殺を誘発する，というのがその典型的な効果である。特に，被影響性の高いとされる若年層の場合，マスメディアの影響に注意を向けておくべきであろう。例えば宮崎は，先行研究をレビューしながら，「ティーンエイジャー」は成人よりもその種の模倣自殺をしやすいと指摘している[22]。

坂本らは，日本の新聞報道を素材として，自殺の動向に対する自殺報道の影響の可能性を検討している[33) 34]。これらは直接自殺死亡率との相関をみるものではないが，報道の内容分析から自殺手段についての情報流布のリスクや，自殺を合理化するリスクを高めると論じている。自殺を合理化するというのは，所与の事情の下では自殺することもやむを得ないと考えさせてしまうことである。新聞報道は限られた紙幅の中で出来事を理解可能な形で示さなければならない。そうなると，自殺にいたった経緯を単純化して説明せざるを得ず，自殺を回避し得た可能性についての言及はどうしても省略されてしまいがちである。そのような記事を読んだ読者は，自殺の経緯を理解することによって，それを必然的な流れとして受け止めてしまいがちである。合理化とはそのようなことを指す。

自殺を合理化する語り方の典型として「いじめ自殺」についてのそれがある。報道におけるいじめ自殺の語り方は，いじめにあっている人々の自殺を合理化する機能を果たしているのではないかと考えてみる必要があろう（この点は次の項目と関連する）。

近年，日本のマスメディアはWHOによる自殺報道のガイドラインに従って報道する姿勢を強めているが，引き続き報道と自殺との関連について研究が必要である。

3．自殺の「動機の語彙」についての語り方

本節冒頭で，現実は社会的に構成されるという視点について触れた。人々の行為の「動機」もまたこの視点から理解することができる。「動機」はしばしば，人の内面にあって行為を推進する何らかの力のようなものとして考えられている。社会学は，それを人々のコミュニケーションの中で構成されるものと考える。動機は内面的なものというよりは，行為の記述と不可分な形で公共的なものである。そしてそのかぎりにおいて，人々の行為の選択肢を制約し，行為を方向づける。「動機の語彙」論と呼ばれるこのような立場が最も効果的に展開された主題の一つが自殺についての語り，とりわけ「いじめ自殺」という語り方である。

「いじめ自殺」という自殺のカテゴリーは1980年代半ばに登場し，その後，ほぼ10年おきに起こるセンセーショナルな報道を通して定着してきた。例えば，いくつかのデータからみていじめによる自殺はそれほど多くを占めているわけではないにも関わらず，小中学生の自殺のニュー

スを聞くとほとんど条件反射のように「いじめ」を思い浮かべてしまう人が多いだろうことからもその定着の度合いが伺われる。

「いじめ自殺」というカテゴリーの登場から定着にいたる過程を検討した，いく人かの社会学者たちは，それは自殺のあるカテゴリーが「発見」されたものというよりは，「過酷ないじめに対する応答として自殺を選ぶ」という「動機の語彙」が形成されていく過程であったとする[10) 11) 12) 15) 21) 49)]。概念分析の立場に立つ間山はこれを「『いじめ自殺』言説の流通・形成以前に『いじめ言説』があったと考えることは無意味だということになる」と表現している[21)]。

このことは，「いじめ自殺」が特定の諸概念（「いじめ」と「自殺」）を接合させる諸活動においてはじめて存在しうる（「ストライク」が野球というゲームの中ではじめて存在しうるように）ということを意味するだけではない。概念の結合としての動機の語彙は，しばしば適切な振る舞い方を指示するシナリオを提供することにもなる。つまり「いじめ自殺」という語り方を受け入れるということは，「いじめ」という状況に対する適切な応答の仕方は「自殺」なのだという規範的な含意を受け入れることをも意味している。例えば，「ひどいいじめにあっているのだから自殺しても当然」「いじめのひどさを訴えるためには自殺するしかない」「自殺しないとこのいじめのひどさをわかってもらえないのでは」等々と考えてしまうのがそれだ。

同様の分析を自殺予防の啓発活動における語り方について行なったのが藤原信行の研究である[6)]。内閣府自殺対策推進室が提唱したゲートキーパー活動のキャッチフレーズとして「あなたもGKB47宣言」というコピーが提起されてから撤回されるに至る過程を分析しながら，藤原は自殺をめぐる語り方がどのように規範的に秩序化されているのかについて描き出した。すなわち，この提唱から撤回にいたる経緯は，「自殺」というカテゴリーにふさわしい「述語」が選択されていく過程としてみることができる。一方において（AKB48をもじった）「GKB47」という言葉はゲートキーパー活動と結びつくにはふさわしくない言葉として批判され，排除された。他方において「ゲートキーパー活動」自体は自殺を語るための述語としてふさわしいという（暗黙の）合意が（再）確認され強化された。このことは具体的に「見守り」を期待される人々に対して，ある規範的なシナリオが課せられるということを意味している。

自殺のプリベンション，ポストベンションはいずれもほとんどの場合，言葉で行なわれる。その際に，自殺をどのように語っていくのかという形式がどのような効果を含意するのかについて十分な注意が必要である。ここに紹介したいくつかの研究はそのことについてのリマインダとして受け止めることができよう。

引用文献

1) Abrutyn S, Muellen AS: Are suicidal behaviors contagious in adolescence?. American Sociological Review 79(2), 2014.
2) Baudelot, Christian et Establet, Roger: Suicide, L'envers de Notre Monde, Seuil, 2006.
3) Chen J, Choi YJ, Sawada Y: How is suicide different in japan. cirje Discussion Paper: 2007.
4) Cutler David M, Glaser Edward L, Norberg Karen E: Explaining the rise in youth suicide.

in Gruber, Jonathan ed., Risky Behavior among Youths: An Economic Analysis, 2001.
5) 藤原信行：自殺対策の推進における家族員の責務とその上昇をめぐって．現代思想　41(7)：青土社，129-139，2013.
6) 藤原信行：『あなたもGKB47宣言』論争における自殺をめぐる規範的秩序．生存学研究センター報告21，2014.
7) 玄田有史：SNEPの危険な現実．中央公論（2012年8月号）127(11)：116-125，2012.
8) 橋口昌治：『就活自殺』とジェンダー構造．現代思想41(7)：青土社，140-149，2013.
9) Hedstrom P, Liu KY, Nordvik MK: Interaction domains and suicide: a population-based panel study of suicide in Stockholm, 1991-1999. Social Forces 87(2), 2008.
10) 伊藤茂樹：子どもの自殺の社会的意味．駒澤大学・教育学研究論集16：23-47，2000.
11) 伊藤茂樹：子どもの自殺を消費する社会．現代思想41(7)：150-160，2013.
12) 伊藤茂樹：「子どもの自殺」の社会学．青土社，2014.
13) 北中淳子：『意志的な死』と病理の狭間で．三田社会学8：4-11，2003.
14) 北中淳子：労働の病、レジリエンス、健康への意志．現代思想41(7)：72-80，2013.
15) 北澤 毅：誰が『自殺練習』を見たのか？．現代思想40(16)：青土社, 135-141，2012.
16) 小森田龍生：若年～中堅層の自殺増加傾向に関する社会学的分析．専修社会学24：2012.
17) 黒川博文，大竹文雄：幸福度・満足度・ストレス度の年齢効果と世代効果．行動経済学6，2013.
18) 京都大学：自殺の経済社会的要因に関する調査研究報告書．2006.
19) Maimon D, Kuhl DC: social control and youth suicidality. American Sociological Review 74: 2008.
20) 松林哲也，上田路子：福祉・経済政策と自殺率．日本経済研究69：96-109，2013.
21) 間山広朗：概念分析としての言説分析．教育社会学研究70：145-163，2012.
22) 宮崎隆穂：自殺における社会的関係．精神保健研究16：55-60，2003.
23) 森岡孝二：悪化する若者の雇用環境と大学生の就活自殺．現代思想41(5)：青土社，94-104，2013.
24) 森田次朗：自殺願望の規定要因に関する一考察．jgss Research Series 4：107-119，2008.
25) 元森絵里子：『過労自殺』の社会学．年報社会学論集25：168-179，2012.
26) NHK放送文化研究所編：現代社会とメディア・家族・世代．日本世論調査協会報 102：60-62, 新曜社，2008.
27) NHK放送文化研究所編：NHK中学生・高校生の生活と意識調査2012．NHK出版，2013.
28) NPO法人ライフリンク：自殺実態白書2008．2008.
29) NPO法人ライフリンク："就活自殺"の背景に迫る．2013.
30) 大嶋美登子：青年期の自殺：現状と課題．精神保健研究52：41-47，2006.
31) 岡 檀：生き心地の良い町．講談社，2013.
32) 阪口祐介，柴田 悠：生活目標のコーホート分析．ソシオロジ180，21-37，2014.
33) 坂本真士：青少年の自殺・自殺報道の影響についての考察．心と社会130，92-97，2007.
34) 坂本真士，田中江里子，影山隆之：自殺の新聞報道の現状と問題点．こころの健康21(2)：44-53，2006.
35) 佐々木賢：就活しないで生きるという選択肢．現代思想41(5)：青土社，68-83，2013.

36) 澤田康幸，上田路子，松林哲也：自殺のない社会へ．有斐閣，2013.
37) 柴田 悠：自殺率に対する積極的労働市場政策の効果．社会学評論257：116-133，2014a.
38) 柴田 悠：積極的労働市場政策は親密性の自殺予防効果を高めるか．太郎丸博編：東アジアの労働市場と社会階層，京都大学学術出版会，2014b.
39) Stuckler D, Basu S, Suhrcke M, Coutts A, McKee M: The public health effect of economic crises and alternative policy responses in Europe: an empirical analysis. Lancet 374: 2009.
40) 白石 賢，白石小百合：幸福度研究の現状と課題．ESRI Discussion Paper Series 165: 2006.
41) 高原正興：病める関係性とマクロ問題．高原・矢島・森田・井出編：社会病理学講座第３巻 病める関係性，学文社，2004.
42) 高梨 薫，清水新二：大都市圏住民のメンタルヘルスと自殺念慮．現代の社会病理27：75-91，2011.
43) 田中英高，寺島繁典，竹中義人，永井 章，Borres M：日本の子どもの自殺願望の背景に関する一考察．心身医42(5): 293-300，2002.
44) 田中慶子：2012、社会問題の医療化．Core Ethics 8: 257-266，2012.
45) 渡邊 太：就活からの脱落．現代思想41(5)：青土社，2013.
46) 山田陽子：『心の健康』の社会学序説．現代社会学9：41-60，2010.
47) 山田陽子：『パワーハラスメント』のフレーム・アナリシス．現代の社会病理28：41-57，2013.
48) 山田陽子：労働者の自殺をめぐるリスクと責任．年報　科学・技術・社会23：31-57，2014.
49) 山本雄二：言説的実践とアーティキュレーション．教育社会学研究59：69-88，1996.

第4章　各論　～多様な領域からの若年者への支援～

1．学校における自殺予防

名古屋大学大学院教育発達科学研究科
教授　窪田　由紀

- 学校においては，教育活動のあらゆる場面で自殺予防の視点にたった教育を行うことができ，すべての児童生徒対象に自殺予防教育を行うことは，生涯を通したメンタルヘルスの基礎作りとしての意味を持っている。
- 文部科学省は，これまでに「教師が知っておきたい子どもの自殺予防」（2009年３月），「子どもの自殺が起きた時の緊急対応の手引き」（2010年）を発行し，啓発のための研修会を行ってきた。
- その後，2014年７月には「子供に伝えたい自殺予防」を公開し，学校における児童生徒対象の自殺予防教育導入の方向性を提示した。
- 海外では，統制群を用いた自殺予防教育の効果検証が多くなされており，自殺に関する知識増や態度の変化，援助希求の増加や一般的な対人スキルの変化等は広く認められているが，自殺念慮や自殺企図など自殺関連行動への直接的な効果が見られるものは限定的である。
- わが国では，1990年代の終盤以降，アメリカの影響を受けた自殺予防教育の取組みが一部の教師や研究者によって始まり，徐々に広がってきているが，プログラム開発や試行実施に留まり効果検証は十分でない。
- 今後わが国で，自殺予防教育を本格導入するには，関係者の合意形成，適切なプログラム，スクリーニングとフォローアップの体制作り等が必要となるが，その過程での学校内外のネットワークの強化は自殺リスクに限らず，種々の危機予防につながることも期待される。

Ⅰ．はじめに

若年層の自殺の深刻な実態を受けて，平成24年に見直された自殺総合対策大綱においても，若年層の取り組みの必要性・重要性について大きく記述されており，当面の重点施策の一つとして「児童生徒が命の大切さを実感できる教育だけでなく，生活上の困難・ストレスに直面したときの対処方法を身に付けさせるための教育」の推進や，「児童生徒の自殺が起きた時の実態把握」が謳われている。

本章では，若年層の自殺予防の中で，学校における自殺予防の必要性・重要性を再確認の上，現在の学校における自殺予防の実態について内外の文献レビューも含む検討を通して明らかにし，今後の方向性を提示することとしたい。

Ⅱ. 学校における自殺予防　～なぜ,「学校」(School_based) なのか

若年層の自殺予防を考える際に，学校において取り組む意義について再確認しておきたい。

1．未成年の自殺者における学生・生徒等の割合

平成25年中の自殺者総数27283名中，未成年の自殺者は547名である。その内訳は，学生・生徒が401名，被雇用者等が70名，無職者が76名で併せて146名（26.7%）が学生・生徒以外となっている。

学校にも職場にも所属していない無職者のリスクがもっとも高いことが予測されるものの，未成年の自殺者数の約3/4が学生・生徒等であることを考えると，学校において重点的に自殺予防に取り組むことで一定以上の効果が得られることが期待される。

2．地域コミュニティの拠点としての学校

一方，学校は当該校に通う児童生徒の成長発達を支援するという直接的な機能に加えて，地域コミュニティの拠点としての機能を持っている。例えば，地域住民の種々の学習や活動，交流の場となっている地域公民館は社会教育の拠点であるが，小学校区･中学校区単位で設置されている。また，災害時の一次避難所として，小中学校の体育館が指定されていることが多い。加えて，高齢者や障害者の地域での生活を支援する地域福祉拠点である社会福祉協議会の最小単位は小学校区である。

このように，学校は学齢期の子どもを持つ人に限らず，その地域に暮らす赤ん坊からお年寄りまでの全ての人にとっての地域コミュニティの拠点となっている。

従って，人々に万遍なくメッセージを届けようとするとき，学校を単位にした活動は有効である。

3．全ての児童生徒を対象とする学校における自殺予防教育

1）生涯を通じたメンタルヘルスの基礎作り教育という視点

ところで，若年層の自殺が増加傾向にあるとはいえ，未成年の自殺が全体に占める割合は2%前後でアメリカの約10%を大きく下回っている，また未成年の10万人あたりの自殺率は3,4程度であり，低下したとはいえ30近くに達する50歳代の人たちの自殺率とは格段の差がある。このことから，依然として自殺対策の中心は中高年におくべきだとの議論も成り立つ。また，児童生徒の大半は健康で差し迫った自殺のリスクにさらされているとは言えない。そんななか，また多くの教育課題を抱える学校において，敢えて自殺予防教育を行う意義はいったいどこにあるのだろうか？

もっとも援助要請が難しいとされる中高年男性は，最初から中高年男性だった訳ではない。もし彼らが子ども時代に自殺予防教育を受け，自殺についての正しい知識と危機に遭遇した際の対処スキル，および地域の援助機関に関する情報を持っていたとしたら，苦境に陥った際に一人で抱え込まず他者に援助を求めるという対処を行える可能性が高くなったのではないかということである。このように，子どもを対象とした自殺予防教育は，彼らの現在の自殺予防に留まらず，生涯を通じてのメンタルヘルスの基礎作りという意味を持っている。

2）友人の危機に適切に対処できる「ゲートキーパー」養成という視点

一方で，思春期になると子どもは悩みを抱えても相談することが少なくなり，相談したとしても

その相手は圧倒的に友人だと言われている。さらに自殺を考えるほど追い詰められている場合には，周囲の人とのつながりを実感しにくくなっており，また自分の存在が周囲の負担になっているのではないかという負担感を抱いている場合も多いため，友人にすら「死にたい気持ち」を打ち明けることは難しい。それでも，大人の前で平静を装っていても，友人の前では比較的ありのままの姿を見せることが多く，児童生徒が身近な友人の危機に最初に気づく可能性が高いことになる。

そのようなことから全ての児童生徒を対象に自殺予防教育を行うことは，比較的健康度の高い子どもが悩んでいる友人に気づき，声をかけ，話を聴いたうえで必要な支援に繋ぐという，ゲートキーパーとしての役割を果たせるよう，養成するという意味ももっている。逆に，友人の危機に遭遇した際の適切な対処方法について知らせなければ，相談された子どもが友人の「だれにも言わないで」に応じて一人で悩みを抱えることになり，最悪の場合は生涯に渡る深い傷を負うことになる。

友人の危機への対処法は，これは，彼らが将来身近な人の危機に気づいた際にも役立つ知識とスキルである。

4．あらゆる教育場面での自殺予防教育の可能性

図1は，学校におけるさまざまな教育活動を示したものである。学校においては，特設の授業の中に限らず，教科教育，特別活動（行事・生徒会活動・学級活動），道徳教育，部活動などのあらゆる場面で，いのちや生き方，自己実現に関わるさまざまなテーマの中で自殺予防教育を展開することが可能である。また，自尊感情やメンタルヘルスの向上，ストレスマネジメントや対人スキルアップなど，自殺予防の下地となる心の健康教育も，必要に応じてスクールカウンセラー（SC）との協働で実施することができる。また，そのような教育の土台には，日々の健康観察，相談体制，生活アンケートなどの校内環境作りが必要であることが指摘されている（図2）[57]。

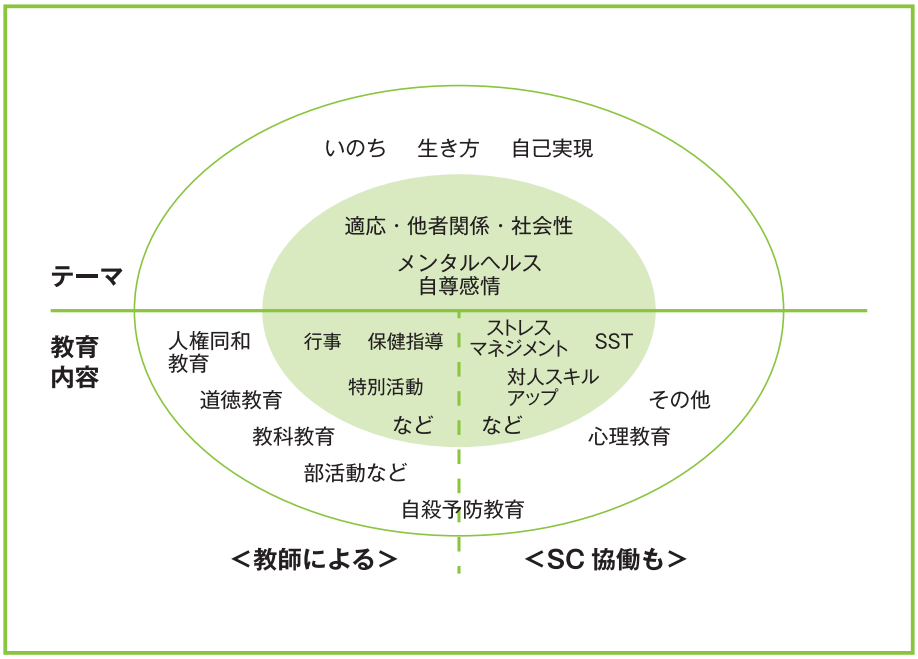


図１．自殺予防の視点に立った教育活動

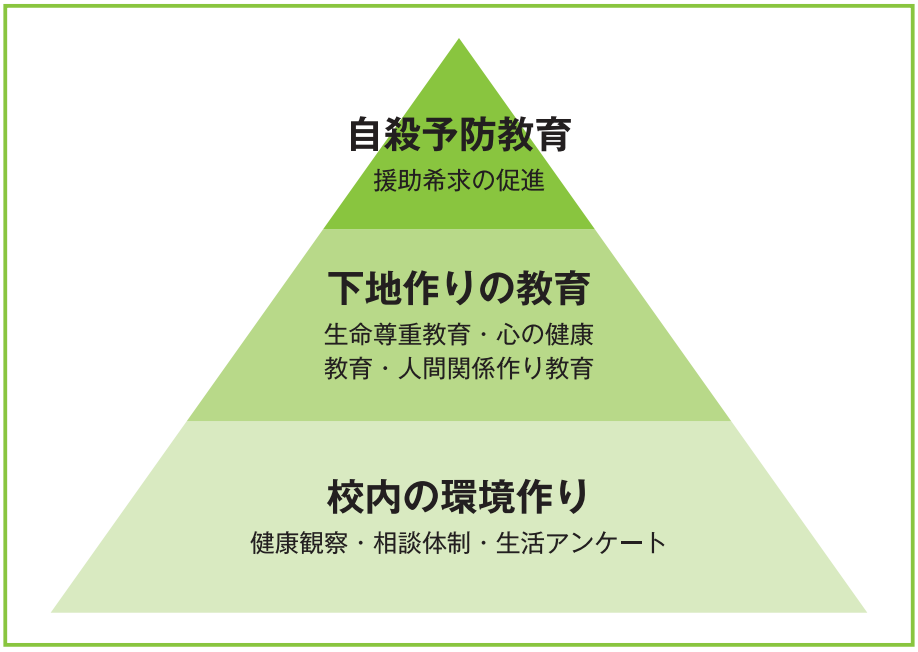
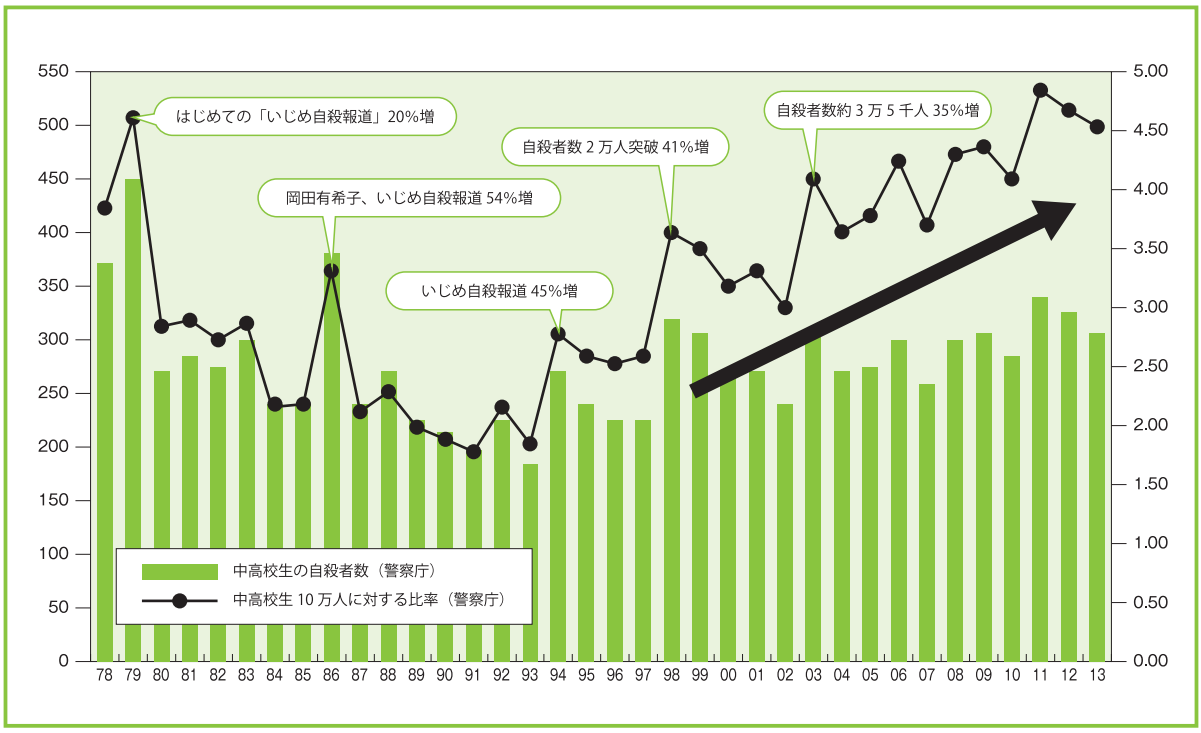


図２．自殺予防教育実施に向けての下地づくり（文部科学省[57]より転載）

このような意味で，学校において自殺予防教育を推進していくことは，現在の児童生徒の自死予防に留まらず，生涯に渡る，また地域全体の幅広い心の健康の維持や増進にもつながると考えられる。

Ⅲ．子どもの自殺の実態



警察庁・文部科学省調査結果より阪中順子氏作成　全国の中・高校生の総数1986年：1137万人 2013年：686万人

図３．中高生の自殺者数・自殺率の推移（文部科学省[57]より転載）

1．中高校生の自殺者数・自殺率の推移

中高生の自殺者数は概ね年間300名前後で推移しているが，いじめ自殺報道やアイドル歌手の自殺報道などによって大きく影響を受けて増加していることがわかる。

2．未成年の自殺原因・動機の年次推移

表１は，遺書等の自殺を裏付ける資料によって明らかに推定できる原因・動機を計上した警察庁の資料によるものである。最も多い学校問題の過去6年間の平均は全体の39.9%，その中で，入試問題・進路問題と学業不振が多く，両者を合わせると全体の20%以上となっている。いじめは，子どもの自殺と直結して語られることが多いのに反して，過去6年間に渡って3件から11件で，平均すると全体の2%弱となっている。

表１．未成年の自殺原因・動機の年次推移（文部科学省[57]より転載）

		H19	H20	H21	H22	H23	H24	H25	合計	
大項目	小項目	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	合計	比率
自殺者数		**266**	**299**	**305**	**280**	**340**	**328**	**312**	**2130**	
家庭問題		32	40	55	58	56	48	49	338	**15.9%**
	親子関係の不和・その他家族関係の不和	15	20	27	25	24	30	23	164	**7.7%**
	家族からのしつけ・叱責	6	12	18	23	19	10	18	106	**5.0%**
健康問題		68	65	76	62	56	70	55	452	**21.2%**
	病気の悩み（身体の病気）	8	5	4	6	5	6	7	41	**1.9%**
	病気の悩み・影響（うつ病）	36	29	39	27	33	29	16	209	**9.8%**
	病気の悩み・影響（統合失調症）	7	13	10	11	7	13	15	76	**3.6%**
	病気の悩み・影響（その他精神疾患）	14	12	21	14	10	20	13	104	**4.9%**
経済・生活問題		1	2	2	2	6	4	0	17	**0.8%**
	就職失敗	0	2	0	2	4	2	0	10	**0.5%**
男女問題		21	18	26	20	24	31	19	159	**7.5%**
学校問題		107	126	118	117	134	124	111	837	**39.3%**
	学業不振	26	24	29	11	34	45	28	197	**9.2%**
	入試に関する悩み・その他進路に関する悩み	22	35	39	29	52	41	40	258	**12.1%**
	教師との人間関係	5	3	3	5	5	2	1	24	**1.1%**
	いじめ	7	11	7	4	3	3	4	39	**1.8%**
	その他学友との不和	18	15	20	17	20	11	23	124	**5.8%**
その他		18	20	33	19	16	26	38	170	**8.0%**
	後追い	0	1	0	0	3	0	0	4	**0.2%**
	孤独感	8	5	1	4	5	5	10	38	**1.8%**
遺書なし										

「警察庁調査結果より阪中順子氏作成」

Ⅳ．学校における自殺予防　～文部科学省の取組み

2006年の自殺対策基本法の制定を受けて，文部科学省も同年「児童生徒の自殺予防に向けた取組に関する検討会」（その後，「児童生徒の自殺予防に関する調査研究協力者会議」と改称）を設置し，わが国の学校における自殺予防への取組みが開始された。

1．啓発活動

上記の検討会からの提言を受けて，「教師が知っておきたい子どもの自殺予防」[53]（2009年3

月),「子どもの自殺が起きた時の緊急対応の手引き」[54]（2010年３月）が発行された。また，これらをテキストとした教育委員会担当者，管理職対象の研修会が毎年全国４か所で開催され，学校での自殺予防に関する学校，教師への啓発が進められている。

２．子どもの自殺の実態把握

自殺予防のためにはまずはその実態を把握することが必要である。そこで，2011年６月から児童生徒の自殺が疑われる事案が発生した場合に学校が提出するチェックリスト方式の実態調査が開始され，2014年７月には，この間提出された約500件の自殺事案の分析結果が公表されている[55]。

また，同じ2011年６月に時期に「児童生徒の自殺が起きたときの背景調査の在り方について」によって，より詳細な事後調査の方法が示された。これについては実際に運用しての不都合や，いじめ防止対策推進法の施行を受けて，2014年７月に改訂された[56]。

３．子どもを直接対象とする自殺予防教育についての検討

一方，2011年11月にアメリカで先進的に学校において子どもを対象とした自殺予防教育が実施されているマサチューセッツ州，メイン州に委員の代表が出向き，プログラムを開発・普及している専門家や実際に実施している教育関係者からプログラムの内容や実施方法についての聴き取り調査がなされた。

2012年には，わが国における実態把握のために,「自殺予防に資する教育に関する取組状況調査」が実施された。各都道府県政令市各４校ずつの小学校・中学校・高等学校からの回答の結果，自殺予防を直接的に目的とした教育への取組み状況は図４の通りであった。30％～40％の学校が実施と回答しているが，取組み内容を見ると，心の健康チェックや生徒理解の促進などのより一般的な内容も含まれており，自殺予防に焦点化したものとなると更に少なくなると思われる。今後の積極的な取り組み意欲を示す学校の割合も実施校とほぼ同じ割合に留まっていることや，自由記述として「寝た子を起こす不安」や「教員側の知識・スキル不足」「授業時間確保の困難性」

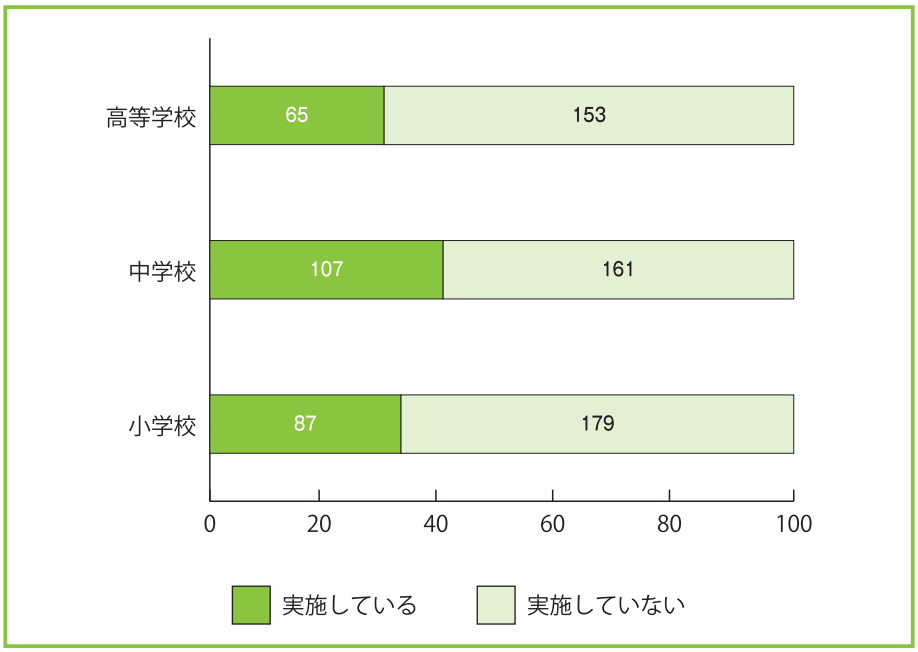


図４　自殺予防を目的とした取り組み（文部科学省，2012）

などが挙げられている一方で，「生命尊重，自尊感情向上等の教育で対応可能」といった意見が挙げられていたことから，学校における自殺予防に焦点化した授業の導入には種々の課題があることが窺えた。

このような実態を踏まえて，学校における自殺予防啓発冊子第三弾として「子供に伝えたい自殺予防～学校における自殺予防教育導入の手引～」[56] が2014年７月に公開された。学校において自殺予防に焦点化した授業を児童生徒対象に実施する上での前提条件，その具体的な進め方，プログラムの展開例を含み，付録としては授業の際に活用可能な資料は学校での合意形成のための教員研修の資料，授業実施前後のアンケート例などが掲載され，学校への安全かつ効果的な導入を支援する内容となっている。2014年度には，この冊子をテキストとし，模擬授業も含む普及啓発研修会が全国４箇所で開催された。

Ⅴ. 学校における自殺予防教育に関する研究検討　文献レビューから

次に，国内外の文献レビューから学校における自殺予防に関する研究を概観し，検討を加える。

１．海外の研究から

１）文献検索

1995年～2014年の文献検索（MEDLINE及びPsycho-info）では，検索ワード　suicide prevention education / suicide prevention program / school　で43論文抽出された。そのうち，学位論文，概要説明・提言等の短いものなどを削除したところ，35論文となった。

35論文の内訳は，児童生徒対象プログラムの効果検証を行っているものが25本（4,6,8-13,17-19,22,29,30,44,52,63,78,91-93,110），校区単位での自殺リスクアセスメントに関するものが１件（15），レビュー論文が４本（14,16,32,50），教員や専門家対象のゲートキーパー訓練や研修に関するものが４本（25,58,111,114），うつ病に関する知識向上プログラムに関するものが１本（94）であった。

２）児童生徒対象プログラムの効果検証～Kats C.et.al. [32] から

児童生徒対象プログラムの効果検証については，Kats C.et.al.[32] が16のプログラムを取り上げて詳細なレビューを行っているので，以下その概要を示す。

①プログラムの抽出

論文検索サイト MEDLINE と Scopus にて，検索ワード suicide，education，prevention，program evaluationで検索し，0歳～18歳までを対象とした英語論文として，16のプログラムが抽出された。

自殺予防プログラムとしては，気づき/教育（自殺やうつ病，心の危機への気づきを促すもの），スクリーニング（ハイリスクの児童生徒をスクリーニングすることをねらいとするもの），ゲートキーパー訓練（教師などの児童生徒の身近な大人が児童生徒の危機に気づいて適切に対処できるゲートキーパーとして訓練するもの），ピア・リーダーシップ（児童生徒が自殺予防において互いの危機に気づき支援する役割が取れるようにするもの），スキルトレーニング（危機に対処できるよう種々のスキルを訓練するもの）の５つのタイプに分類される。

また，プログラムの効果は，自殺に関する態度の変化や知識（自殺やうつ病への理解）の増加，一般的なスキルの変化（コーピングや意思決定スキルのような保護因子の増加やうつ・絶望・低学力のような危険因子の減少），ゲートキーパーとしての知識増や自殺予防に関する自己効力感の向上，援助希求の増加，自殺行動（希死念慮，自殺企図）の変化などによって，それぞれ確認されていた。

②プログラムの効果

大半の研究で，生徒や教師の自殺の知識と自殺への態度の改善や一般的なライフスキルの向上，ゲートキーパーとしての行動や自己効力感の向上が見られた。しかしながら，自殺企図といった直接自殺と関連した行動の減少が見られたのは，Signs of Suicide prevention program（SOS）[4) 78)]，Good Behavior Game[116)] のみであった。表2に，各タイプの代表的なプログラムの概要と効果を示した。

表２　各タイプの自殺予防教育プログラムの概要と効果

	プログラムのタイプとねらい	プログラム名	概要	効果
Ⅰ	気づき/教育 自殺やうつ病への知識や対処法の獲得	SOS Signs of Suicide prevention program[4.78]	・自殺・精神疾患についての情報提供 ・ビデオとクラスでの討議を通して他者のSOSに気付き、深刻に受け止め，仲間をケアすることや大人に伝える必要性を伝える	5つの高校9～12年生，2100名 を1学期または2学期に ランダム実施。 3ヶ月後のフォローアップ：自殺の知識が向上，セルフレポートにおいて自殺企図が減少。
Ⅱ	スクリーニング ハイリスク生徒のスクリーニング	Teen Screen[5.44]	生徒全員にTeen ScreenとBeck Depression尺度を実施	リスクの高い生徒を確認する上での妥当性と信頼性を証明。 かなりの割合でコミュニティサービスにつながり、また学校のスタッフがリスクが高い生徒を把握する上で有益。
Ⅲ	ゲートキーパー訓練	QPR[115] Question Persuade Refer	・自殺のサインの認識 ・全学校職員の訓練 ・SCによるリスクアセスメント方法の訓練 ・専門的なアセスメントや治療に繋がるための組織化	教職員が構造化されたゲートキーパートレーニングのうち一つに参加 一般的な知識，知覚された準備性，知識、自己効力感について増加・上昇し，サービスに繋ぐ行動が増加
Ⅳ	ピア・リーダーシップ 友人の危機への適切な対処	Sources of strength[9.115]	自殺のサインや対処方法について生徒を対象に教育 ⇒生徒対象ゲートキーパー訓練	訓練に参加した生徒：自殺に関する適応的規範（自殺願望のある友人への適切な対処）が，統制群の４倍
Ⅴ	スキルトレーニング 一般的なライフスキルの向上	AILSD[81] American Indian Life Skills Development	一般的なライフスキルトレーニング	介入群は統制群に比べて，問題解決スキルや自殺への介入スキルが向上していた
		CARE[81] Care, Awareness, Respond, Empower CAST[81] Coping and Support Training	CARE:自殺のリスクアセスメントのインタビュー CAST:リスクの高い生徒を小グループ単位でライフスキル学習やソーシャルサポート向上を目指す	一般的スキルは向上 自殺行動（希死念慮・自殺企図）は変化しなかった
		GBG[116] The Good Behavior Game	小学校低学年の児童を対象 学級単位でチームワークを高め，怒りや攻撃行動のコントロールを行う	15年以上で1918人（83%）にフォローアップインタビュー 自殺念慮や自殺企図について，介入群は統制群と比べて有意に少ない。

3）まとめ

海外では，多くの児童生徒対象の自殺予防教育プログラムが開発・実施され，大半が統制群を用いた研究で効果検証が行われている。自殺についての知識や態度の増加や変化に関する効果を示しているものが多く，自殺念慮や自殺企図といった直接的な自殺行動について，プログラムの効果が確認されているものは一部に限られている。

2．国内の研究から

1）研究論文と報告書

1995年～2014年の文献検索（CiNii）では，「自殺予防」「学校」をキーワードとするものは48本で，そのうち自殺予防教育のプログラム・教材開発や開発後の試行実施に関する論文は2本，教員対象の調査研究は5本，特集記事や解説，講演記録などは21本，文献の内容から学校における自殺予防教育に直接関係ないと判断した論文（事後対応や遺族支援，いのちの教育など）は20本であった。また，2005年以降確認された自殺予防教育に関する報告書については6本抽出された。

2）主な内容

①教材開発と試行実施過程に関するもの

得丸ら[105]は，「大切な人を自殺から守るために」というタイトルで教材を開発し，自殺に関する知識の習得と，ストレスコーピング，友人の危機への対応と社会資源の紹介を盛り込んだプログラムの小学生に実施した。阪中（2008）[68]は，心理や教育相談の専門家ではない学級担任が授業担当者となることを想定し，「包括的生徒向け自殺予防プログラム（全10時間）」を開発した。このプログラムでは，ステップ１において「生と死」に関する基礎学習を６時間，その後ステップ２で「大切ないのちを守るために」というテーマで自殺予防の学習を２時間，ステップ３では，まとめとして「今を生きる」をテーマに，自死遺族の話を聞く時間とまとめの２時間の構成とした。

また，山梨県立大学地域研究交流センターの「青少年を対象とした自殺予防教育の推進に関する研究」の報告書[83) 84]においては，高校における自殺予防教育の実践報告があり，高大連携講義の一環として「家庭看護福祉」という科目の中で，「うつ病」に関する知識を習得する講義と自殺予防に特化した講義の２つが行われていた。自殺予防に特化した授業実施にあたっては，身近な人を自死で亡くした経験がある場合授業を受けることで起こりうること，またそれに対する対処について事前に説明をしている。授業内容は，自殺に関する認識テストの実施，自殺に関する新聞記事の提示，自殺予防について心理的視野狭窄の解説，高校生にできる自殺予防について話合い，自殺願望を訴える体験や聞く体験，TALKの原則の解説が行われた。また「高校生にできる自殺予防－身近な大切な人のいのちを守るために－」というタイトルで，自殺予防に特化した授業を行い，自殺についての認識テスト，日本における自殺の現状と特徴，自殺のサイン，自殺者の心理状態，高校生にできる自殺予防（質問形式で自分が落ち込んでいる時の対処，友人や家族がいつもと違う時の対応，友人の深刻な悩みへの対応）について考えた。生徒の感想からは，自殺に関する正確な知識の習得がされたこと，困った時の対処法について理解したこと，自殺を身近な問題として感じたこと，深刻な悩みを抱えた人を支えたいという思いが綴られていた。

②教員対象の調査研究

学校で自殺予防教育を実施していく場合に実施者となることが期待される教員対象の調査研究では，教員の意識の実態把握を行ったもの（21,85）や，教師対象の自殺予防プログラムを開発・試行実施したもの（18,64）などの研究が抽出された。児童生徒対象の自殺予防教育の必要性は十分認識しながらも，学校で自殺を取り扱うことへの不安も窺える。

③児童生徒対象の自殺予防教育の現状報告

影山による報告書（2005）[27]は，青少年の自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究 平成16年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究の分担研究報告書であり，自殺予防プログラムや関連した授業に関するそれまでの我が国の研究のレビューと聞き取り調査を基に，「小中学校の児童生徒を対象とした自殺防止プログラムおよび授業についての日本の現状」がまとめられている。 それによれば，1980年代初期までは，個別事例への対応や指導（二次予防や三次予防）に重点が置かれていて，児童生徒全体への取組みへの言及は少なかったが，1990年代以降，ポストベンションの取組みの紹介やアメリカのプログラムの影響を受けた，教科や総合の時間を使っての展開が散見されるようになった。加えて，自殺予防教育を健康教育として位置づけることの提起がなされるようになり，教師向けプログラムの試行実施例が見られるようになってきた。今後の課題として，発達段階に応じたプログラムの開発や保健の時間を活用するといったことも含めた授業時間の確保，教員の意識改革の必要性とそのための教師向けプログラムの必要性・重要性が指摘されている。

約10年前の論考ながら，ほとんど現在に通じる内容であり，2006年の自殺対策基本法の施行やそれを受けての2007年の自殺総合対策大綱の制定を経ても，児童生徒対象の自殺予防教育の広がりはほとんど見られなかったことがわかる。

④その他

その他，広い意味では自殺予防であるが，未然防止ではなく自殺後の対応（postvention）の必要性の提言や実際を扱ったもの（37,38,39,101），児童生徒対象ではなく自殺予防全般を取り扱ったもの（1,33,60,102,107）などが抽出された。

また，問題と目的やキーワードに“自殺予防”が入っているが，内容自体は生や死を考えるような「いのちの教育」がベースとなっていて，“自殺”を直接取り扱ってはいないもの（62）なども見られた。

3）学会発表

心理臨床学会2006年以降，自殺予防学会2011年以降，研究者HP，Cinii（検索ワード自殺予防教育）から25本の学会発表が抽出された。もっとも多いのは，プログラム開発・実践報告で9本（35,70,73,74,81,86,87,96,105）である。早い段階から教師として中学校でプログラム開発・実践に取り組んで来た阪中氏（70,73,74）に加え，国立精研チーム（86,87）や北九州チーム（81,96）によるものが見られる。また，実践とそれに基づく提言を取り扱っているものが4本（20.43,89,119），自殺予防教育の前提となる教師の意識や学校環境の実態を把握するための調

査研究が精研グループによる3本（36,40,42）のほか2本（3,34）となっている。

最近になると，学校現場への自殺予防教育の導入における他機関協働に焦点を当てたもの（いずれも北九州グループの3本（46,80,97），授業実施過程での教師との協働を取り扱ったもの（82,88）など，プログラム開発・実践のみならず，実施に至る過程は実施を通しての関係機関・人との連携・協働関係にと広がってきている。その他，プログラム開発と国際比較（71）やメンタルヘルスリテラシーとの関連で学校における自殺予防を取り扱ったもの（26）がある。

4）まとめ

教員対象調査の結果にも示されているように，児童生徒対象の自殺予防教育の必要性の認識は広がりつつある。一方で，論文として抽出されたものの中には，自殺予防教育の必要性の提言といった啓発的なものも多く，児童生徒対象の自殺予防教育への関心は一部に留まっている実態も窺える。

そのような中で，この問題に関心を寄せる現場教員，研究者，メンタルヘルスの専門職等によるプログラム開発や試行実施は増加してきており，学会発表としてはさらに実施に至る過程は実施段階での関係機関・人の連携・協働関係に焦点を当てたものが見られるなど，本格実施に向けての体制作りの重要性が認識されつつある。

このように実践例は徐々に増えつつあるが，単独校・学年・学級での実施が大半であり，実施後の児童生徒の振り返りや感想から，実施者の意図が理解された感触は報告されているに留まっており，統制群を用いた効果検証はもとより実践群のみの事前事後の量的な比較も不十分である。今後より幅広い学校・地域での実施を進めるには，明確に効果を示していく必要があり，そのための効果検証方法の検討が望まれる。

Ⅵ. 学校における自殺予防教育の導入に向けて

これまで述べてきたように，学校における児童生徒対象の自殺予防教育は重要な意味を持っており，海外においては効果検証済みのプログラムが種々開発・実施されている。わが国においても本格実施の方向性は示されてきたものの（文部科学省，2014），実際に学校現場への導入が進み効果を上げていくには課題が多いと言わざるを得ない。

高橋（2014）は，学校における自殺予防教育導入の前提条件のとして，関係者の合意形成，適切なプログラム内容，ハイリスク児童生徒のスクリーニングとフォローアップを挙げている。

表３　授業実施者アンケート結果

質問項目	回答	
授業を行う上で役に立ったと感じるもの	事前研修	22.6%
	教員同士の話し合い	12.9%
	他の教員の資料提供・助言	6.5%
	解説書	6.5%
	経験者からの助言	3.2%
	ＳＣの資料提供・助言	45.2%
	その他	3.2%

1．関係者の合意形成

学校において児童生徒対象の自殺予防教育が安全かつ効果的に実施されるには，何より学校における合意形成が重要である。教師対象の調査結果からも，教師は自殺予防教育の必要性は十分理解しながらも，児童生徒対象に自殺の問題を取り上げることに不安を抱いていることがわかる。表3は，A市においてスクールカウンセラー（以後SC）とティームティーチングで学級単位での自殺予防教育の授業を実施した中学校教員17名を対象に，授業を実施する上で役に立ったと感じるものについての回答結果である。SCからの資料提供と助言が45.2%と最も多く，ついで事前研修（SCが講師）が22.6%，教員同士の話し合い12.9%と続いている。研修や資料提供・助言等で学校内のメンタルヘルスの専門職であるSCが果たす役割の大きさが窺える。

また，日頃からのネットワークを生かして，教員研修の講師や，児童生徒対象自殺予防教育の講師として地域の医療機関や精神保健福祉センター等の専門職を招くことも学校での自殺予防教育を進める上で効果的である[47)]。

2．適切なプログラム内容

児童生徒対象の自殺予防教育の構成要素は，早期の問題認識と援助希求的態度の育成（高橋，2014）[104)]であり，自殺の深刻な実態を知る，心の危機のサインと自分や友人の危機への対処法を学ぶ，地域の援助機関を知るといった内容（阪中，2014）[76)]であり，いのちの大切さの強調といった価値観の押しつけがあってはならない。実施に際しては，学校・学年・学級の実態に即した改編や実施方法の工夫が必要となり，SCなどの専門職の関与が有効であろう。

3．スクリーニングとフォローアップ[48)]

身近な対象を自死でなくしていたり，日頃から不安定で授業参加によって動揺する可能性がある児童生徒については，予め授業への参加について児童生徒自身や保護者と話し合い，必要な配慮をすることが求められる。授業実施後も，授業中の様子や事後アンケートの結果から気になる点が見られる児童生徒については，担任やSCが面談し必要に応じて保護者との面談，専門機関への紹介を行うなどのフォローアップを行うことが重要である。

Ⅶ. むすび

児童生徒に誰もが危機に陥る可能性とその際に他者に援助を求めることの重要性を伝えることは，自殺に限らず，いじめ，薬物乱用，暴力など他のリスク行動を防ぐためにも欠かせないメッセージであり，悩みや困りごとの相談への敷居を下げることで，既存の援助システムの有効性を高めることにも繋がると考えられる。さらに，授業実施前・授業実施後の取り組みを通して，教師相互，教師とSCや校外の専門機関とのチーム体制やネットワークが強化されることも期待される。そのためにも，適切な指標の開発とそれに基づく効果検証は急務である。

本節Ⅴの執筆に関して，子どもグリーフ・サポート福岡の田口寛子氏の多大なご尽力をいただきました。心よりお礼申し上げます。

引用文献

1) 赤澤正人，松本俊彦，勝又陽太郎：死亡時の就労状況からみた自殺既遂者の心理社会的類型について：心理学的剖検を用いた検討．日本公衆衛生雑誌57：550-560，2010.
2) 新井 肇：高校生の自殺予防．精神療法 32：554-559，2006.
3) 新井 肇，阪中順子，古谷大輔：学校における自殺予防教育の方向性と課題 (1) －自殺予防に関する教員の意識調査からみえてきたものー．日本自殺予防学会 第35回，2011.
4) Aseltine RH: An Evaluation of a School Based Suicide Prevention Program. Adolescent & Family Health 3: 81-88, 2003.
5) Aseltine RH, DeMartino R: An outcome evaluation of the SOS Suicide Prevention Program. American Journal of Public Health 94: 446-451, 2004.
6) Aseltine RH, James A, Schilling EA, Glanovsky J: Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension. Evaluating the SOS suicide prevention program: a replication and extension: 2007.
7) 足利 学，飯田英晴，岸田秀樹，江副智子，柴田真理子：青少年の自殺予防―藍野医療フォーラム2008「青少年の自殺予防を考える」を開催して―．藍野学院紀要 22：117-118，2008.
8) Baber K, Bean G: Frameworks: A Community-Based Approach to Preventing Youth Suicide. Journal of Community Psychology 37: 684-696, 2009.
9) Bean G, Baber KM: Connect: An Effective Community-Based Youth Suicide Prevention Program. Suicide and Life-Threatening Behavior 41: 87-97, 2011.
10) Brown CH, Wyman PA, Guo J, Peña J: Dynamic wait-listed designs for randomized trials: new designs for prevention of youth suicide. Clinical Trials (London, England) 3: 259-271, 2006.
11) Chagnon F, Houle J, Marcoux I, Renaud J: Control-Group Study of an Intervention Training Program for Youth Suicide Prevention. Suicide and Life-Threatening Behavior 37: 135-144, 2007.
12) Ciffone J: Suicide Prevention: An Analysis and Replication of a Curriculum-Based High School Program. Social Work 52: 41-49, 2007.
13) Cigularov K, Chen P, Thurber BW, Stallones L: Investigation of the effectiveness of a school-based suicide education program using three methodological approaches. Psychological Services 5: 262-274, 2008.
14) Cooper GD, Clements PT, Holt K: A review and application of suicide prevention programs in high school settings. Issues in Mental Health Nursing 32: 696-702, 2011.
15) Crepeau-Hobson F: An exploratory study of suicide risk assessment practices in the school setting. Psychology in the Schools 50：810-822, 2013.
16) Cusimano MD, Sameem M: The effectiveness of middle and high school-based suicide prevention programmes for adolescents. A systematic review. Injury Prevention 17: 43-49, 2011.
17) Eckert TL, Miller DN, Riley-Tillman TC, DuPaul GJ: Adolescent Suicide Prevention:

Gender Differences in Students' Perceptions of the Acceptability and Intrusiveness of School-Based Screening Programs. Journal of School Psychology 44: 271-285, 2006.
18) 遠藤裕乃：教員を対象とした青少年の自殺予防プログラムに関する予備的研究　兵庫教育大学研究紀要 第1分冊，学校教育・幼年教育・教育臨床・障害児教育 23：89-96，2003.
19) Freedenthal S: Adolescent Help-Seeking and the Yellow Ribbon Suicide Prevention Program: An Evaluation. Suicide & Life-Threatening Behavior 40: 628-39, 2010.
20) 古谷大輔，新井 肇：学校における自殺予防教育の方向性と課題 (2) ―中学校における教科の中での自殺予防教育の展開―．日本自殺予防学会第35回，2011.
21) 橋本 治：文部科学省提案の「自殺予防教育」についての一考察―現職の教員（幼稚園・保育園，小学校，中学校，高等学校）の意識調査に基づいて―．岐阜大学教育学部研究報告　人文科学 61：189-202，2012.
22) Hooven C, Herting JR, Snedker KA: Long-Term Outcomes for the Promoting CARE Suicide Prevention Program. American Journal of Health Behavior 34: 721-736, 2010.
23) 細井八重子：子どもに「死」をどう教えるか―自殺を未然に防ぐための心育て― (特集 第14回広島大学心理臨床セミナー 子どもの自殺予防について考える―学校や家庭でできること―)．広島大学大学院心理臨床教育研究センター紀要７：30-34，2008.
24) 石田 弓：子どもの自殺予防について考える―学校や家庭でできること―．広島大学大学院心理臨床教育研究センター紀要 7：21，2009.
25) Johnson LA, Parsons ME: Adolescent suicide prevention in a school setting: use of a gatekeeper program. NASN School Nurse 27: 312-7, 2012.
26) 影山隆之：学校における自殺予防とメンタルヘルスリテラシー．自殺予防と危機介入 33：1-3，2014.
27) 影山隆之，近藤 卓，津川律子，早川東作，飯田紀彦，坂本真士：青少年の自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究．平成16年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究 分担研究報告書，2005.
28) 影山隆之，佐伯圭一郎，藤野奈緒，竹内一夫，多賀谷篤子，早川東作，中野良吾，元永拓郎，佐久間祐子，佐藤純，坂本真士，斎藤友紀雄：青少年の自殺予防対策のあり方に関する精神保健的研究．平成17年度厚生労働科学研究費補助金（こころの健康科学研究事業）自殺の実態に基づく予防対策の推進に関する研究 分担研究報告書，2006.
29) Kalafat J, Rutgers U: School approaches to youth suicide prevention. American Behavioral Scientist 46: 1211-1223, 2003.
30) Kataoka S，Stein BD，Nadeem E, Wong M: Who Gets Care? Mental Health Service Use Following a School-Based Suicide Prevention Program. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 46: 1341, 2007.
31) 加藤祐子，得丸定子：「自殺予防教育」のための教材開発と授業実践（会議録）．死の臨床 25：154，2001.
32) Katz C, Bolton SL, Katz LY, Isaak C, Tilston-Jones T, Sareen J: A systematic review of school-based suicide prevention programs. Depression And Anxiety 30: 1030-1045, 2013.
33) 川人 博：過労死・過労自殺の現状分析と政策的対応（<特集> 健康のための社会政策）　社

会政策 4：19-27，2012.
34) 川村祥代，智田文徳，高橋千鶴子：中学校を対象とした自殺予防教育に関する調査．日本社会精神医学会プログラム・抄録集，2009.
35) 川野健治，勝又陽太郎，白神敬介，小泉令三，福地 成：中学校における自殺予防教育プログラムGRIP（会議録）．日本心理学会大会発表論文集77回：13，2013.
36) 川野健治，荘島幸子，川島大輔：中学校における自殺予防教育の可能性 (1) ―教師の困難感からみた自殺予防教育の課題―．日本心理学会第74回大会，2010.
37) 河野通英：自殺が起きた後の対応―児童生徒の自殺に学校はどう対応するか（子どもの自殺予防）―（不幸にして自殺が起きたときの対応）．現代のエスプリ 488：164-174，2008.
38) 河野通英，大塚俊弘，松本晃明：子どもの自殺が起こった時の学校の対応とCRT（クライシス・レスポンス・チーム）による学校支援（特集　自死遺族支援）．自殺予防と危機介入30：10-15，2010.
39) 川瀬公美子：学校コミュニティへの緊急支援―徳島県の場合―（特集 教師が知っておくべき自殺予防）．月刊生徒指導 40：28-31，2010.
40) 川島大輔，荘島幸子，川野健治：中学校における自殺予防教育の可能性 (2) ―生徒の自傷・自殺に関する経験と学校風土が教師の困難感に及ぼす影響―．日本心理学会　第74回大会，2010.
41) 川島大輔，荘島幸子，川野健治：生徒の自傷・自殺への教師の対応困難感についての探索的検討．自殺予防と危機介入 31：51-57，2011.
42) 川島大輔，荘島幸子，下川昭夫，川野健治：中学校における自殺予防教育の可能性 生徒の自傷・自殺に関する経験と学校風土が教師の困難感に及ぼす影響（会議録）．日本心理学会大会発表論文集 74：1231，2010.
43) 菊地まり：生徒の自殺予防・介入・予後の取組―プログラムからマニュアルへ―．日本教育心理学会総会発表論文集 49：87，2007.
44) King KA, Strunk CM, Sorter MT: Preliminary Effectiveness of Surviving the Teens[R] Suicide Prevention and Depression Awareness Program on Adolescents' Suicidality and Self-Efficacy in Performing Help-Seeking Behaviors. Journal of School Health 81: 581-590, 2011.
45) 窪田由紀：学校における自殺予防 (特集 指導者の品格: 教育者のあるべき姿)．学校運営 55：18-21，2013.
46) 窪田由紀，長﨑明子，シャルマ直美，田口寛子：学校現場への自殺予防教育導入の試み (1) ―精神保健福祉センター・教育委員会・臨床心理士会の連携・協働を通して―．　日本自殺予防学会 第37回，2013.
47) 窪田由紀：学校における自殺予防教育の実施に向けて～子供を直接対象とする　自殺予防教育を行う上での関係者の合意形成と準備のために～．文部科学省　子供に伝えたい自殺予防　第２章：2014a.
48) 窪田由紀：自殺予防教育実施前後の留意点．文部科学省　子供に伝えたい自殺予防　第４章：2014b.
49) 松本俊彦：いじめと自傷行為―若者の自殺予防のために大人が心得ておくべきこと―（総特集 いじめ：学校・社会・日本）．現代思想 40：218-228，2012.

50) Miller DN, Eckert TL, Mazza JJ: Suicide Prevention Programs in the Schools. A Review and Public Health Perspective. School Psychology Review38: 168-188, 2009.
51) 宮崎誠樹，桑原達郎，吉野相英，児玉芳夫，片山信吾，野村総一郎：総合病院と地域の精神科クリニックとの連携による自殺防止活動．総合病院精神医学 19 (1)：23-28，2007.
52) Moilanen DL, Bradbury S: A High School Depression and Suicide Prevention Program: A Collaboration between Health Education and Psychological Services. American Journal of Health Education 33: 148-53, 2003.
53) 文部科学省：教師が知っておきたい子どもの自殺予防．2009.
54) 文部科学省：子どもの自殺が起きた時の緊急対応の手引．2010.
55) 文部科学省：子供の自殺等の実態分析．2014a.
56) 文部科学省：子供の自殺が起きたときの背景調査の指針（改訂版）．2014b.
57) 文部科学省：子供に伝えたい自殺予防　学校における自殺予防教育導入の手引 (平成26年7月)．2014c.
58) Nadeem E, Kataoka SH, Chang VY, Vona P, Wong M, Stein BD: The role of teachers in school-based suicide prevention: A qualitative study of school staff perspectives. School Mental Health 3: 209-221, 2011.
59) 長岡利貞：学校と自殺予防．自殺予防と危機介入 28：56-60，2009.
60) 中村好一，伊東 剛，千原 泉，定金敦子，小谷和彦，青山泰子，上原里程：栃木県における自殺の実態―2007年、2008年の警察データの解析―．日本公衆衛生雑誌57：807-815，2010.
61) 尾角光美：若者の“死にたい”を扱う　今求められる自殺予防教育―「いのちの授業」の実践から考える―．自殺予防と危機介入33：13-16，2013.
62) 大曲美佐子・榎本ひろ子：中学校家庭科における死に関する授業の実践研究について―小学校道徳において開発した死に関する学習プログラムを用いて―．日本教科教育学会誌36：31-40，2013.
63) Park HS: The development of an integrated suicide-violence prevention program for adolescents. Taehan Kanho Hakhoe Chi 38: 513-21, 2008.
64) 阪中順子：中学校における危機介入の具体化のために―教員を対象とした自殺予防プログラムを実施して―（特集 危機介入―それぞれの立場・考え方から）．自殺予防と危機介入24：10-17，2003.
65) 阪中順子：学校における自殺予防教育　自殺予防プログラムを実施して（解説、総説）　こころの科学118：19-23，2005.
66) 阪中順子：中学生の自殺予防（解説，総説）．精神療法32, 548-553, 2006.
67) 阪中順子：中学校における自殺予防の取り組み（特集 学校の危機対応）．月刊生徒指導37：24-28，2007.
68) 阪中順子：学校における自殺予防教育―自殺予防プログラム―（特集 第14回広島大学心理臨床セミナー 子どもの自殺予防について考える―学校や家庭でできること）　広島大学大学院心理臨床教育研究センター紀要7：27-29，2008.
69) 阪中順子：生徒向け自殺予防プログラムの教材開発．研究助成論文集44：82-91，2008.
70) 阪中順子：生徒向け自殺予防プログラムの実践（青年期のスクールカウンセリングと学校心

理学, 自主シンポジウム）．日本青年心理学会大会発表論文集17：16，2009.
71) 阪中順子：学校における自殺予防教育の方向性と課題 (3) ―中学生を対象に実践した自殺予防プログラムと米国・豪州のプログラムとの比較検討―．日本自殺予防学会 第35回，2011.
72) 阪中順子：教育講演 子どもの自殺予防　生徒向け自殺予防プログラムを中心に．児童青年精神医学とその近接領域52：295-300，2011.
73) 阪中順子：中学校において実施した生徒向け自殺予防プログラムの有効性の検証について．日本自殺予防学会 第36回，2012.
74) 阪中順子：教育講演 日本の学校における自殺予防プログラムの具体的展開に向けて―米国及び豪州の自殺予防プログラムからみえてくるもの―（第53回日本児童青年精神医学会総会特集 (1) スローガン 児童青年精神科医療と発達）．児童青年精神医学とその近接領域54：282-288，2013.
75) 阪中順子：小学生を対象とした自殺予防プログラムの試行．日本自殺予防学会　第37回，2013.
76) 阪中順子：学校における予防プログラム．文部科学省　子供に伝えたい自殺予防 第3章，2014.
77) SAMHSA, NREPP: SAMHSA's National Registry of Evidence Based programs and Practices．2011.
78) 佐藤由佳利：学校における子どもの自殺予防プログラム．学校臨床心理学研究（北海道教育大学大学院研究紀要）11：19-25，2013.
79) Schilling EA, Lawless M, Buchanan L, Aseltine RH: Signs of Suicide Shows Promise as a Middle School Suicide Prevention Program. Suicide & Life-Threatening Behavior: 2014.
80) シャルマ直美，窪田由紀，田口寛子：学校現場における自殺予防教育導入の試み（1）―自殺予防教育リーフレットの作成とその活用に向けての研修実施―．日本心理臨床学会 第30回秋季大会，2011.
81) シャルマ直美，窪田由紀，田口寛子，長﨑明子：学校現場における自殺予防教育導入の試み (4) ―自殺予防教育リーフレットを活用した授業の実施―．日本心理臨床学会　第31回秋季大会，2012.
82) シャルマ直美，田口寛子，窪田由紀，長﨑明子：学校現場への自殺予防教育の試み(2)～自殺予防教育リーフレットを活用した授業の実施　日本自殺予防学会　第37回大会，2013.
83) 清水惠子，小田切陽一，坂本玲子，大塚ゆかり，末木恵子，市川敏美：青少年を対象とした自殺予防教育の推進に関する研究１ 報告書　平成21年度　山梨県立大学地域研究交流センタープロジェクト研究費助成，2009.
84) 清水惠子，坂本玲子，大塚ゆかり，末木恵子，守屋法子：青少年を対象とした自殺予防教育の推進に関する研究２ 報告書　平成21年度　山梨県立大学地域研究交流センタープロジェクト研究費助成，2010.
85) 清水惠子，坂本玲子，大塚ゆかり：A県内教員を対象に実施した生徒・学生の自殺予防教育等に関する調査　自殺予防と危機介入34：1，19-30，2014.
86) 荘島幸子：中学校における自殺予防教育の実践．日本心理臨床学会　第29回秋季大会，

2010.
87) 荘島幸子，勝又陽太郎：中学校における自殺予防教育の実践 (2)　日本心理臨床学会　第31回秋季大会，2012.
88) 荘島幸子，勝又陽太郎：中学校における自殺予防教育の実践 (3) ―実践を通じた学校教員との協働過程―．日本心理臨床学会　第32回秋季大会，2013.
89) 荘島幸子，川島大輔，川野健治：中学校および高等学校における自殺予防教育の可能性―自殺防止プログラムの実践とその課題―．日本発達心理学会　第21回大会，2009.
90) 反町吉秀：セーフティプロモーションの視点からみる若年層の自殺予防（特集 セーフティプロモーション：基本的な考え方，及び多岐にわたる展開）．学校保健研究55 (6)，492-498，2014.
91) 相馬誠一，新井 肇，阪中順子：フォーラム 学校における子どもの自殺予防の現状と課題 (特集 指導要録実務の心得) ― (つながりを大切にする生徒指導: 日本生徒指導学会 第12回大会より)．学校メンタルヘルス14 (2)：132-134，2012.
92) Stein BD, Kataoka SH, Hamilton AB, Schultz D, Ryan G, Vona P, Wong M: School personnel perspectives on their school's implementation of a school-based suicide prevention program. The Journal Of Behavioral Health Services & Research 37: 338-49, 2010.
93) Strunk CM, Sorter MT, Ossege J, King KA: Emotionally Troubled Teens' Help-Seeking Behaviors: An Evaluation of Surviving the Teens(R) Suicide Prevention and Depression Awareness Program. The Journal Of School Nursing: The Official Publication Of The National Association Of School Nurses, 2013.
94) Strunk CM, King KA, Vidourek RA, Sorter MT: Effectiveness of the Surviving the Teens(R) Suicide Prevention and Depression Awareness Program: An Impact Evaluation Utilizing a Comparison Group. Health Education & Behavior: The Official Publication Of The Society For Public Health Education, 2014.
95) Swartz KL, Kastelic EA, Hess SG, Cox TS, Gonzales LC, Mink SP, DePaulo JR: The Effectiveness of a School-Based Adolescent Depression Education Program. Health Education & Behavior 37: 11-22, 2010.
96) 田口寛子，窪田由紀，シャルマ直美：学校現場における自殺予防教育導入の試み (2) ―C高校における自殺予防教育実施結果から―．日本心理臨床学会　第30回秋季大会，2011.
97) 田口寛子，窪田由紀，シャルマ直美，長﨑明子：学校現場における自殺予防教育導入の試み (3) ―3機関協働による学校現場への導入―．日本心理臨床学会　第31回秋季大会，2012.
98) 高橋祥友：教育講演 青少年のための自殺予防―救いを求める叫びをどう受け止めるか― (日本学校メンタルヘルス学会 第5回大会概要 第5回大会講演記録)．学校メンタルヘルス 5：15-21，2002.
99) 高橋祥友：職場の自殺予防― postvention に焦点を当てて―．産業ストレス研究 10 (1): 37, 2002.
100) 高橋祥友：職場の自殺予防― postvention に焦点を当てて―．産業ストレス研究 10 (4)：265-272，2003.
101) 高橋祥友：青少年の自殺予防―とくに postvention に焦点を当てて―．小児保健研究63 (2)：

194-197，2004.
102) 高橋祥友：世界の自殺と日本の自殺予防対策．精神神經學雑誌113 (1)：74-80，2011.
103) 高橋祥友：世界の自殺対策からみた日本の自殺対策．精神神經學雑誌 114 (5), 548-552, 2012.
104) 高橋祥友：児童生徒の自殺予防に向けた取組に関する検討会の経緯と子供を直接対象とした自殺予防教育を実施する上での前提条件．文部科学省　子供に伝えたい自殺予防 第1章, 2014.
105) 得丸定子：自殺予防教育の一環としてのストレス低減授業―中学生を対象とした試み―．日本自殺予防学会　第36回，2012.
106) 得丸定子, 西 穣司, 林 泰成, 岩田文昭, 菊地一秀, 百目香保里, 加藤裕子：学校教育における「自殺予防教育」の取り組みについて．教科教育学研究23：415-427，2005.
107) 徳山美知代，徳山郁夫：地域・学校コミュニティモデルによる自殺予防ゲートキーパー養成に関する検討．静岡福祉大学紀要10：1-8，2014.
108) 冨永良喜：いじめと自殺予防・緊急支援 (特集 いじめと学校臨床)．臨床心理学 7 (4)：499-504，2007.
109) 津川律子，影山隆之：日本の中学校・高等学校の検定教科書における自殺関連記述の検討―学校教育場面における自殺予防教育の今後の課題を探るために―．こころの健康 20 (2)：88-96，2005.
110) 内野悌司：子どもの自殺の現状と自殺予防 (特集 第14回広島大学心理臨床セミナー 子どもの自殺予防について考える―学校や家庭でできること―)．広島大学大学院心理臨床教育研究センター紀要7：22-26，2008.
111) Walker RL, Ashby J, Hoskins OD, Greene FN: Peer-support suicide prevention in a non-metropolitan U.S. community. Adolescence 44, 335-346, 2009.
112) Warren B, Matthieu MM, Ross A, Knox KL: Training outcomes from Samaritans of New York Suicide Awareness and Prevention Programme among community- and school-based staff. British Journal of Social Work 40, 2223-2238, 2010.
113) White J, Morris J: Precarious spaces: risk, responsibility and uncertainty in school-based suicide prevention programs. Social Science & Medicine 71: 2187-94, 2010.
114) White J, Morris J, Hinbest J: Collaborative Knowledge-Making in the Everyday Practice of Youth Suicide Prevention Education. 2012.
115) Whitney SD, Renner LM, Pate CM, Jacobs KA: Principals' perceptions of benefits and barriers to school-based suicide prevention programs. Children and Youth Services Review 33: 869-877, 2011.
116) Wilcox HC, Kellam SG, Brown CH: The impact pf two universal randomized first- and seconde-grade classroom intervention on young adult suicide ideation and attempts. Drug Alcohol Depend Supple1: S60-S73, 2008.
117) Wyman PA, Brown CH, Inman J, Cross W, Schmeelk-Cone K, Guo J, Pena Juan B: Randomized trial of a gatekeeper program for suicide prevention: 1-year impact on secondary school staff. Journal of Consulting and Clinical Psychology 76: 104-115, 2008.

118) Wyman PA: An outcome evaluation of the Sources of Strength suicide prevention program delivered by adolescent peer leaders in high schools. American Journal of Public Health 100: 1653-61, 2010.
119) 八木橋淑子：私たちができる自殺予防 これからの展望 青森県深浦町での自殺対策のこころみ 子どもの頃からの心の健康づくり．日本公衆衛生学会総会抄録集 67：70，2009.

第4章　各論　～多様な領域からの若年者への支援～

2．地域での自殺の予防啓発の展開

一般社団法人インクルージョンネットよこはま
理事　鈴木　晶子

- 本稿では，若者を支援する地域の取組み全体を広く自殺の予防啓発と捉え，国の施策と先進地域の取組みをレビューした。
- 現状，国の施策や先進事例についての報告やヒアリング調査があるものの，エビデンスの蓄積にはいたっておらず，今後の研究が望まれる。
- 支援の必要な若者を発見し支援につなげるアウトリーチは，対象が限定されていたり，一部先進地域でしか行われていない状況であり，支援の地域的偏在が大きな課題となっている。また，課題が顕在化してからでは支援が難しく，予防的なアウトリーチが必要である。
- 支援のあり方として，当事者を主体にした包括的で長期的な伴走型支援が必要となる。一方で，包括的な支援を地域で構築していくことや当事者主体の柔軟なあり方の実現は困難さが指摘される。また現状では，地域支援における自殺予防の意識も高くない。
- 従来の公共職業安定所の支援だけでは就労の難しい若者がおり，無業という状態だけに着目して拙速な就職を勧めるのではなく，状態をアセスメントし，さまざまな就労支援の方策の中から適切なものを選択していくことが求められている。

Ⅰ．はじめに

1．地域支援が対象とする若者と支援

本稿では地域での自殺予防・啓発の取り組みを概観する。1990年代半ば以降，非正規雇用の増加により，それまで大多数の若者に想定されていた教育機関から正社員での就労というライフコースが揺らぐようになった。地域での若者支援は主としてこうした従来型ライフコースを外れた若者を対象に政策が展開されている。2010年に施行された子ども・若者育成支援推進法においては，その法律の背景の一つに「ニート，ひきこもり，不登校，発達障害等の子ども・若者の抱える問題の深刻化」が挙げられている[21)]。教育機関や正規雇用で働く若者は，なにがしかの困難を抱えた際に学校や企業がセーフティネットとして比較的機能するが，そうではないこうした状況にある若者は地域で支えるしかない。若者支援は自殺対策として実施されているわけではないが，非正規雇用や無業の若者は自殺の予防・啓発という観点から見れば，危険因子を抱えるリスクが高いハイリスク層であると言えよう。そこで，本稿においてもこうした若者への地域全体を自殺対策においても予防啓発の活動であると捉え概観する。

2．地域支援を捉える着眼点

地域の若者支援には，「発見，誘導，支援，出口，定着」の５つのステップ・通称「若者自立支援五原則」が必要であるとされる[15]。現状，若者支援は「自立」が目的とされ，「出口（＝就労）」の部分がフォーカスされる。そのため，政策評価も支援対象者に占める就職が決まったものの割合である就労率で測られがちである。しかし，複合的な困難を抱え，自殺の危機因子を複数抱える若者支援を概観する際に，就労率で成果の見える取り組みだけを概観するのでは不十分であろう。こうした若者はすぐに就労できるとは限らないからだ。

そもそも若者支援の大きな課題として，明確な所属を持たないこうした若者は地域においても把握しにくいことが指摘される[16]。つまり，五原則で言えば「発見」が難しい。さらに，若者の中にはひきこもりなど支援につながる，つまり「誘導」が難しいケースも大きな課題となる。これら「発見」「誘導」のフェーズは一般に「アウトリーチ」と呼ばれ，さまざまな取り組みがなされている。まず，これを概観する。

次に，支援につながった後のさまざまな支援について「相談支援」と「就労支援」に分けて概観する。この「支援」「出口」「定着」のフェーズにはさまざまな支援があるが，とりわけ主要な「出口」である就労の支援は重要であると考えられる。今日の若者のさまざまな課題の中でも主要な問題は就労である。若年無業者（いわゆるニート等）や失業者等の問題ばかりでなく，ホームレス問題でさえ若年者については今日の産業構造や雇用環境の変化，近年の就業への移行困難と言った文脈の重要性が指摘されている。また，支援の現場からは「表向きは仕事というニーズでも，その中に自殺につながるリスクが隠れている場合がある」[32]など，就業の問題を抱える若者が自殺のリスクを抱えながら就労支援を求めてくる実態も指摘されている。そのため，若年者の大きな課題として就労の問題を捉え，その支援に焦点をあてることとする。

3．レビューする文献

地域支援において主としてその事業や機関において支援をした「支援対象者数」と，その中の「就職者数」によって成果報告が行われている。支援をその他何らかの指標を用いて評価したものや，支援の事前と事後の変化を測定したものはほとんどない。いわんや比較試験を行ったものは見られず，エビデンスと呼べる水準のものはないのが現状である。しかし，エビデンスをどう蓄積するかは今後の課題とし，本稿では我が国におけるさまざまな先進的な取り組みに関する文献をレビューし，今後の研究の礎としたい。

Ⅱ．アウトリーチ

1．国の取組み

現在，全国レベルで行われているアウトリーチの取り組みとして内閣府の人材養成研修があげられる。内閣府では，平成22年度からひきこもりの若者への訪問支援のできる人材を育成するため「アウトリーチ（訪問支援）研修」を実施している。具体的にはアウトリーチを実施する上で必要とされる知識や情報等，社会資源活用に関する理解や関係機関との円滑な連携方策，アウトリーチを実施する上で前提となる組織体制や事業運営，当事者とその保護者や地域の関係機関に対してアウトリーチについて理解と普及のための情報発信力，という４つを研修の項目としてあ

げている。座学に加え，実地研修も行っている点が特徴的である。平成25年度は28名の研修生が参加し，その報告が出されている[20]。しかし，全国各地より研修に参加した人材が，地域の中でどれだけアウトリーチを実際に行っているのか，その効果は不明である。

こうした研修は，地域でアウトリーチを行う人材が不足しているという認識にたつものであるが，実際に地域でアウトリーチを行う際の困難さとして，他にもいくつかの課題がある。一つには専門的な人材にアウトリーチを行う人件費の捻出が課題であることが指摘される[26]。さらに，そもそもアウトリーチを行う地域の体制整備の遅れもある。これらのアウトリーチは平成22年４月１日に施行された子ども・若者育成支援推進法が定める社会生活を円滑に営む上での困難を有する子ども・若者支援のためのネットワークが核となることが想定されている。しかし，「子ども・若者支援地域協議会」の設置数自体が，いまだ都道府県の約半分にとどまり，市町村レベルではほとんど未設置である[22]。

実際にアウトリーチに予算措置がなされ，全国で行われている事業としては，厚生労働省が，ひきこもり対策推進事業として訪問支援等を行う「ひきこもりサポーター養成研修，派遣事業」と若年無業者対策である地域若者サポートステーション事業で高校中退者へのアウトリーチを進めてきた。ひきこもりサポーターは緒に就いたばかりの事業であるが，全国引きこもりKHJ親の会（家族会連合会）は2013年度に「ひきこもりピアサポーター」養成研修派遣に関するモデル事業を行い，48名の参加者が研修を終了したと言う[40]。今後の成果の報告が待たれるところである。

地域若者サポートステーション（以下サポステと略記）事業は，高校中退者が特にその後職業的な不利があることから，高校中退者へのアウトリーチを行うものとなっている。対象が極めて限定されるが，一定の成果も報告されている。具体的な成功事例として，生活保護課と連携した足立サポステの事例[19]，教育機関との連携したさがサポステ[37]の取り組みが挙げられる。しかし，2012年度に高校中退者等アウトリーチ事業を実施した65団体が実際に４月から７月の４ヶ月でアウトリーチした人数は30名となっており，１団体あたり１名にも満たない[14]。また，全国160カ所にあるサポステによるアウトリーチがどのようなやり方で地域に展開しているのかも明らかでなく，今後検証が必要である。

2．各地の取組み

高校中退者の将来的リスクに着目した取組みとして，学力下位の高等学校に困窮層が集まり中退率が高いことが指摘される[1]ことから，ターゲットを絞った教育機関へのアウトリーチが行われている。特に，鈴木ら（2014）は，高校生へのアウトリーチとして一対一の個別相談という形態が不十分であることを指摘し，首都圏近郊での普通科課題集中校で学内に地域の若者支援者も居る居場所を作り，困難を抱える若者を在学中から支える活動を報告している[30]。同様の取り組みとして，大阪府の事業では西成高校で「となりカフェ」というカフェを開設して高校生へのアウトリーチを行っている[10]。これらは共に，若者が地域に居場所がなく接点をもちにくいことに着目し，学内に地域との接点となる「サードプレイス」を作ることをコンセプトにしている。中退防止や，進路決定，学校を離れた後の支援機関とのつながりなどの効果が報告されている一方で，中退が決まった生徒のサポートには両者ともなお課題が残る。問題が顕在化する前に在学中の早い段階から，リスクの高い生徒を見極め，予防的に支援を開始する必要性が示唆されるといえるだろう。

さらに，家庭にも，学校や職場にも，地域にも居場所がなく，大都市の繁華街等に出てくる若

者への路上アウトリーチ活動も行われている。一つは，ホームレスへのアウトリーチ活動が挙げられる。路上生活をしているホームレスへのアウトリーチ活動は各地で行われているが，若者が発見される人数は多くはない。例えば，東京の隅田川沿いでアウトリーチを行っている自立援助センターふるさとの会では，40代以下は全体の３%程度であったという[11)]。そもそも，ホームレスの実態に関する全国調査検討会（2013）の調査では，路上生活をする狭義のホームレスの中で，20代の若者は全体の0.7%である。しかし，同調査でも路上生活３ヶ月未満のホームレスに限ると6.3%に上ることが示されている[8)]。また，いわゆるネットカフェ難民など「住居喪失不安定就労者」では一つの山が20代であることが明らかになっており[13)]，一時的であれ住居を喪失している広義のホームレスの若者は決して見過ごせる状況にないことが推測される。住まいがないことは自殺念慮の関連要因であることが実証され[2)]，若年ホームレス50人へのインタビュー調査でも，自殺念慮や自殺願望を持つ若者が指摘されている[3)]。見えにくい広義の若年ホームレスへのアウトリーチは今後強化が望まれる。

繁華街では，性的被害・搾取にまきこまれやすい女性へのアウトリーチも行われている。都内で活動するNPO法人bond projectは渋谷での週に１回のパトロールを行っている[36)]。また秋葉原等を中心に活動する一般社団法人女子高生サポートセンターcolaboの活動も知られている。代表の仁藤（2014）は，いわゆるJK産業を未成年の性的搾取の温床と指摘し，５名の女子高校生の事例を詳説する[23)]。事例からは支援の届かない実態が明らかとなっている。目に見えやすい狭義のホームレスに女性の占める割合は4.3%となっており[8)]，こうした若年女性に対象を絞った取り組みは非常に重要である。

一方，地方でも特徴的な取り組みが行われている。秋田県藤里町社会福祉協議会は，全戸調査を行い，18歳から55歳までの町民1293人の8.74%にあたる113人がひきこもっていることを明らかにすると同時に，ひきこもっていたこれらの人たちを支援につなげていった[4)]。また，人口約５万人の滋賀県野洲市では，行政主導でさまざまな困難を抱える市民を発見する取り組みを行っており，自殺対策にも有効であるとしてゲートキーパー研修等で取り組みの重要性を伝えている。具体的には，市民から徴収する市税等に滞納があった場合，督促状と共に相談の案内を行う取り組みや，地域と連携して「生活弱者緊急連絡プロジェクト」としてネットワークを組み不動産管理業者から家賃滞納者についての相談を受け付ける等，若者も含む全世代について生活に困難を抱える市民を発見する取り組みを行っている[34)]。平成24年度は227名の相談を受付，うち継続的な支援を行った125名のうち就職に至ったものは88名だったという[24)]。いずれの事例も，市の中でも小規模な一般市や町という小さな単位の中での密な取り組みが奏効していると言えよう。

このように，本来総合相談として地域の核となるべき「子ども・若者支援地域協議会」が，実際には政策としては充分に機能しているとは言い難い状況がある。現実には，特定のリスク層へのアウトリーチがサポステや民間団体によって行われているか，一部小規模な自治体において若者を含む全市民を包括的に支援する取り組みが行われているかである。今後，平成27年度より施行される生活困窮者自立支援法がアウトリーチを謳ってスタートし，貧困の連鎖の防止も大きな柱とされるが，どの程度子ども若者に対して機能するか不明だ。竹中（2014）が指摘するように，現状では地域支援ネットワークの地域的偏在の克服自体が，大きな課題となっているのである[35)]。また，高校へのアウトリーチの取組みが指定するように，課題が顕在化してからでは支

援が難しくなることがあり，予防的に地域とつながりを持てるようなアウトリーチが必要である。

Ⅲ．相談支援

１．若者施策における取組み

本来，政策的には地域の若者支援の中心になるべきは「子ども・若者支援地域協議会」である。子ども・若者支援地域協議会に基づき設置されるセンターにおいては，子ども・若者のさまざまな課題を受けとめ，地域のネットワークによって解決を図っていく。しかし，施行５年を前一定の成果を認めつつも，「法が主眼とする関係機関・団体の連携については，実態として必ずしも進んでいないと言わざるを得ない」と報告されている[22)]。自殺も含めたさまざまな若者の問題に対応できる体制にはまだ充分でないと言えるだろう。

また，こうした公的施策による相談支援事業の実施主体に着目すると，事業規模の課題も明らかである。子ども・若者育成支援協議会は都道府県での設置はあるものの，基礎自治体レベルでほとんど設置されていない状況である。さらに，ひきこもり支援の拠点となるひきこもり支援センターも都道府県と政令市の設置となっている[12)]。一方で，三菱総合研究所（2013）は，先進事例のヒアリング調査を行い，実際に困難を抱える若者を支えるために理想とされる規模は，中学校区に一つ程度を単位として地域の居場所づくりの中核となる機関や組織を作る必要性を指摘している[16)]。つまり，先進事例が示唆する単位と現状には大きな乖離がある。前項のアウトリーチで述べた秋田県藤里町や滋賀県野洲市が，小規模自治体であることを生かして一人ひとりを把握，支援しやすい体制を構築しているのを考えると，より小規模の単位で支援を構築していく必要があるだろう。

規模として最も全国で整備された若者支援の施設は，2014年度では全国に160カ所設置されているサポステである。その支援は若年無業者の就労支援に絞られているものの，総合相談という形をとり，地域のネットワークで支えていくこととなっている。前述のように，表向きには就労というニーズで来所する無業の若者が自殺のリスクを抱えていることは充分想定できる。宮本（2011）は，より困難を抱える層についてサポステの周知を進めていくことを提言している[18)]が，就労支援の施策であるサポステがそれにどれだけ応えられるかは不明である。また，自殺についていえば，そのリスクを適切に見極め，支援につなげる体制にはない。そのため，複合的な困難を抱える若者を支える地域ネットワークをより強化すると共に，今後ゲートキーパー研修の実施等，困難を抱える若者に多い自殺のリスクに対応する体制を公的機関の責任として整えることが望ましいだろう。

２．生活困窮者支援における取組み

一方で湯浅（2011）は，人生前半の支援として伴走型支援の必要性を指摘し，生活困窮を中心に複合的な困難を抱える市民を支援するパーソナル・サポート・サービス（以下PSSと略記）を実例として挙げる[39)]。これは，内閣府で2010年度2012年度までモデル事業がなされた。支援としては，家族も含めた課題を包括的に寄り添って支援をすることが特徴となっている。この事業では，全国のモデル地域から継続的に支援状況と利用者の変化を収集すると共に，ヒアリングを行ってモデル事業を評価している。10代未満の利用者は全体の6.6%，20代の利用者は

19.5%となっている。報告書では，事業全体の成果の一つとして「自死・孤立死など重大な事態を予防した」が挙げられており，困窮者支援が一定程度自殺予防に寄与することが示されている[6)]。この事業では概ね90日ごとに利用者の生活満足度を測定しており，初期段階の支援が本人の満足度の向上に対しても好影響を与えていることが示唆されている。困窮者支援の初期段階は「急迫期」とも呼ばれ，危機的状況を見極め緊急支援することになっているため，自殺においてもこうした危機対応の一貫で支援がなされた可能性が高いのではないだろうか。

PSSモデル事業で利用者の抱える課題を見ると，全世代とも仕事に関する課題を抱える者の割合が最も高いが，それに次ぐ課題では世代によって差が見られた。20代未満では虐待を含む家族や地域を巡る問題と教育に関する問題を抱える利用者が半数を超える。20代未満の利用者の抱える課題は，困窮世帯で育つ子ども若者の貧困の連鎖の問題や，その中で学力や中退問題等教育に関わる問題へとつながっていく構造的な問題と考えられよう。本人だけではなく，家庭も支えていく包括的な支援の必要性が示唆されている。

同事業の20代・30代利用者ではメンタルヘルスの課題を抱える者の割合が半数近くを占める。また，民間支援団体であるNPO法人もやいの生活困窮者の相談の報告書においても，35才までの若年者の50.3%が精神疾患を抱えていることが明らかとなっている[38)]。20代・30代の困窮者の特徴として精神疾患を抱える者が少なくないことが示唆され，自殺のリスクの高さも推測される。

PSSモデル事業の後に行われた厚生労働省の生活困窮者自立促進モデル事業では，精神疾患を抱える対象者には長期に渡る包括的な支援が必要となることが明らかにされている[7)]。このモデル事業ではWork and Social Adjustment Scale（WSAS）日本版を用いて，支援開始時と３ヶ月後に本人の状態を測定している。その結果，「仕事」についての改善は見られないものの，それ以外の生活に関する各項目には全て改善が見られており，まず生活が安定してから就労に関しては長期的に時間をかけた支援が必要であることが示唆される。こうした若者はこれまでの雇用施策では受けとめきれていなかったことが推測され，困窮者という新たな切り口で若者の支援の受け皿が広がっている。

また，「社会的困窮者・就労困難者の現状と各種支援策の効果に関する調査研究委員会」は，PSS実施11カ所にヒアリング調査を行っているが，特に若者のための取り組みで特徴的なのは，大阪府豊中市と北海道釧路市の取り組みである。豊中パーソナル・サポート・センターでは相談，就労支援に加え，若者の自立支援のための寮と学習支援を展開している[32)]。釧路では若者のためのコミュニティハウス冬月荘として「集いの場」「居住の場」「仕事作りの場」を一体的に運営している[33)]。しかし，釧路で活動に取り組む日置（2012）は，実現の困難も指摘する。こうした活動は当事者を主体にし，当事者と協働で地域づくりにつなげるため可変的である必要があるが，こうした可変性は制度化することが極めて困難であるという[5)]。若者を支援につなげ，当事者主体のあるべき支援を実現するには，制度設計の側も問われてくる。

このように，先行事例からは当事者を主体にした包括的で長期的な支援の必要性が示唆されている。つまり，本人のみならず家族全体を支えていかねばならない。さまざまな機関が連携し包括的に長期間寄り添って支えていかなければならない。そこには就労のみならず住まいの提供や，集える場，学習の支援も必要となり，それらを当事者主体に作り上げていくことが重要である。一方で，子ども若者育成支援協議会の現状が示すように，包括的な支援を地域で構築していくこ

とは容易ではないようである。さらに，当事者を主体とした柔軟なあり方を実現することは困難でもある。

Ⅳ. 就労支援

1．サポステ事業

就労支援の方策としては依然，公共職業安定所（ハローワーク）による就労支援と，公共職業訓練による就労支援は中心的な役割を果たしている。一方で，これらの支援では就労が難しい就労困難な無業の若者にサポステ事業が行われている。厚生労働省職業能力開発局キャリア形成支援室（2012）は，標準的なサポステ事業の支援例として「キャリア・コンサルタントによる相談」において目標や課題を共有し，それに合わせてコミュニケーション向上のための訓練などステップアップのためのプログラムに参加し，さらに職場見学や職場体験を実施する。こうした小さな成功体験を積み重ねた後に，ハローワーク等を経て就労を果たすとしている。2006年度の事業開始から2011年度までで12,165名が進路決定しており，若年無業者の就労支援に一定の成果を挙げていると言えよう[5)]。

2．中間的就労の取組み

さらに，協力事業所での職場見学・体験からもう一歩進めた取組みも見られる。いわゆる中間的就労の支援である。中間的就労は，直ちに一般就労を目指すことが困難な者が，社会的な自立に向けたサポートを受けながら就労し，将来的に一般就労に移行することが目標とされている。三菱UFJリサーチ&コンサルティング（2013）は，中間就労に関する概念を整理するとともに，受け入れる事業所の仕事の開発方法，財政基盤・経営基盤，外部との連携などについてまとめたガイドラインを報告している[14)]。

本田（2014）は，中間的就労の取組みである協同労働３団体に連携による若者就労支援の取組み「くらしのサポートプロジェクト」について研究を行っている。これは，横浜市で実施された事業で，協同労働３団体が就労困難な若者に就労体験・専門訓練を行い，地域課題の解決に資する仕事おこしに若者自らが取り組むことを趣旨とするプロジェクトである。事業実施期間内で基本行動と取組みの様子について定量的な評価を行っているが，顕著な変化は見られていない。一方で，事例を定性的に分析した結果からは参加した若者のみならず関係者にも着実に良い変化をもたらしているものの，それには時間がかかり，実施団体の粘り強い努力のもとで達成されることが指摘されている。しかも，参加者の生計が支えられるほどの収益性はないことが指摘される[17)]。

3．社会的企業

協同労働団体は，単なる中間的就労の場ではなく，社会的企業とも捉えられる。協同労働を社会的企業として捉えた研究からは，協同労働での中間的就労は一般就労としての出口ではなく，出口に至るプロセスとして機能する，あるいは，直線的に一般労働市場への出口を目指すことを志向せず，そことは異なった出口を創り出すことを志向していると考えることができると指摘している[9)]。

収益性を確保し，働く者がそれによって生計が立てられる「社会的企業としての自立」としては，

豊中市の飲食店「銀座食堂」が，女性支援で成功事例として挙げられる[27]。若者支援においても同様の収益性を確保した社会的企業が必要であろう。

4．自治体による無料職業紹介

大阪府内では府が中心となり，基礎自治体に無料職業紹介資格を得て，就労支援を行うことを推進している[31]。その一つである豊中市では，就労困難者の雇用に対して前向きな地域の中小企業に対して側面的な経営支援を行うことで，１人でも多くの就職が実現し，継続雇用・職場定着につながっていくという[25]。こうした基礎自治体レベルでの緻密な求人開拓も，就労支援において重要であろう。

このように，従来の公共職業安定所の支援だけでは就労の難しい若者がおり，それに対してさまざまな方策が現在取られている。前項において触れたように，困窮者自立支援モデル事業において，特にメンタルヘルスの課題を抱える者の支援は長期にわたり，就労に関しては短期的な改善が難しいことが明らかにされている。働くことは若者にとって重要である反面，無業という状態だけに着目して拙速な就職を勧めるのではなく，状態をアセスメントし，さまざまな就労支援の方策の中から適切なものを選択していくことが求められている。

Ⅴ．結びに

以上，概観したように社会の中に明確な所属を持たず，複合的な困難を抱え，自殺のリスクが高い若者を支援するためには，アウトリーチから就労支援，あるいはその後の定着までを見据えた包括的な寄り添い型の地域支援が必要となる。こうした支援は，地域のさまざまな機関のネットワークにより実現されるが，現在関係機関においてこうした若者の自殺のリスクを適切にアセスメントし，対応する体制になっているとは言えない。若年者の自殺の予防啓発の取組みとして，まずこうした若者を支援する地域ネットワークにゲートキーパー研修を行う等，自殺のリスクへの感度をあげていくことが望まれる。

同時に，そもそもこうした若者支援やネットワークの状況は自治体ごとに格差がある状況であり，全体の底上げをはかっていかなければならない。また，就労については地域の産業構造の違いもあり，それぞれの地域に合わせた展開も必要であろう。また，働くようになっても若者の雇用状況の悪化や劣化が示唆され，過重労働等自殺の危険因子があげられる状況である。「誰もが働ける」ためには，従来の働き方のあり方や，さらには就労支援の再考が提起されている[28]。

引用文献

1）青砥 恭：ドキュメント高校中退―いま、貧困がうまれる場所．筑摩書房，2009.
2）粟田主一，井藤佳恵，岡村 毅，森川すいめい，的場由木，富岡伸一郎，森 玲子，川添敏弘，池田亜衣，三宅弘志，富岡 悠，宇賀神恵理，中村あずさ，奥田浩二，菊地良恵，山本 創，安原弘樹，古木大介，水田 恵，滝脇 憲，千葉みずき：困窮者の自殺の実態と自殺予防に関

する研究．平成23年度厚生労働科学研究費補助金（障害者対策総合研究事業）「自殺の原因分析に基づく効果的な自殺防止対策の確立に関する研究」研究報告書：2012.
3）ビッグイシュー基金，若者ホームレス白書―当事者の証言から見えてきた問題と解決のための支援方策：2010.
4）藤里町社会福祉協議会，秋田魁新報社：ひきこもり　町おこしに発つ．秋田魁新報社，2012.
5）日置真世：釧路・地域主権と当事者参画がカギ．ホームレスと社会vol.7 特集「パーソナル・サポート・サービス」モデル事業，2012.
6）北海道総合研究調査会：平成 24 年度パーソナル・サポート・サービスの評価手法等に関する調査報告書．2013.
7）北海道総合研究調査会：生活困窮者自立促進モデル事業における成果分析に関する調査報告書．2014.
8）ホームレスの実態に関する全国調査検討会：平成 24 年「ホームレスの実態に関する 全国調査検討会」報告書．2013.
9）本田由紀：協同労働団体の連携による就労困難な若者の支援―「くらしのサポートプロジェクト」の挑戦．筒井美紀，櫻井純理，本田由紀編：就労支援を問い直す―自治体と地域の取組み．勁草書房，pp91-111，2014.
10）一般社団法人officeドーナツトーク：「となりカフェ」2013年度活動報告．2014.
11）自立支援センター ふるさとの会：平成 24 年度 独立行政法人福祉医療機構 社会福祉振興助成事業　ホームレス等相談・地域生活支援事業　報告書．2013.
12）厚生労働省：「ひきこもり地域支援センター」設置状況リスト．2013.
13）厚生労働省職業安定局：住居喪失不安定就労者等の実態に関する調査報告書．2007.
14）厚生労働省職業能力開発局キャリア形成支援室：第１回「地域若者サポートステーション」事業の今後のあり方に関する検討会＜討議用資料＞．2013.
15）工藤 啓：内閣府子ども・若者育成支援に関するワーキングチーム会合（第7回）議事概要．2010.
16）三菱総合研究所：平成24年度厚生労働省社会福祉推進事業「子ども・若者の生活困窮支援のあり方に関する研究」報告書．2013.
17）三菱UFJリサーチ&コンサルティング：生活困窮者の就労支援に関するモデル事業報告書：2013.
18）宮本みち子：若者の自立保障と包摂的支援．宮本みち子，小杉礼子編：二極化する若者と自立支援―「若者問題」への接近．明石書店，2011.
19）内閣府：現場の実践例（あだち若者サポートステーションの実践から）．ユースアドバイザー養成プログラム（改訂版）．2010.
20）内閣府：平成25年度「アウトリーチ（訪問支援）研修事業」報告書．2014.
21）内閣府：子ども若者白書平成26年度版「第2部　子ども・若者育成支援施策の実施状況」．2014.
22）内閣府子ども・若者育成支援推進点検・評価会議：子ども・若者育成支援推進大綱（「子ども・若者ビジョン」）の総点検報告書．2014.
23）仁藤夢乃：女子高生の裏社会―「関係性の貧困」に生きる少女たち．光文社：2014.

24) 野洲市市民生活相談課：生活困窮者自立促進支援モデル事業について．日本都市センターブックレットN0.35　生活困窮者支援とそのあり方．第１５回都市政策研究交流会，81-95，2014.
25) 沖 修平：リビング・ウェイジを生み出す飲食店-地域が育む自営業による女性の就労．　筒井美紀，櫻井純理，本田由紀編：就労支援を問い直すー自治体と地域の取組み．勁草書房，pp161-174，2014.
26) 立命館大学大学院社会学研究科先進プロジェクト研究 SG：若者支援が抱える現状と課題に関する調査報告書．2012.
27) 労働政策研究・研修機構：若者の就業への移行支援と我が国の社会的企業—ヒアリング調査による現状と課題の検討ー．2010.
28) 櫻井純理：就労支援の「出口」をめぐる模索．筒井美紀，櫻井純理，本田由紀編：就労支援を問い直すー自治体と地域の取組み．勁草書房，pp129-141，2014.
29) 櫻井純理：誰もが働ける社会/生きていける社会を築く．筒井美紀，櫻井純理，本田由紀編：就労支援を問い直すー自治体と地域の取組み．勁草書房，pp195-210，2014.
30) 鈴木晶子，松田ユリ子，石井正宏：高校生の潜在的ニーズを顕在化させる学校図書館での交流相談：普通科課題集中校における実践的フィールドワーク．東京大学大学院教育学研究科生涯学習基盤経営研究 38号：1-17，2014.
31) 社会的困窮者・就労困難者の現状と各種支援策の効果に関する調査研究委員会：パーソナル・サポート・モデル事業ケースレポート④　大阪府商工労働部　雇用推進室　雇用対策課　雇用推進グループ．生活困窮者・就労困難者の現状と各種支援策の効果に関する調査研究報告書：151-157，2013.
32) 社会的困窮者・就労困難者の現状と各種支援策の効果に関する調査研究委員会：パーソナル・サポート・モデル事業ケースレポート⑥　豊中市パーソナル・サポートセンター．生活困窮者・就労困難者の現状と各種支援策の効果に関する調査研究報告書：161-165，2013.
33) 社会的困窮者・就労困難者の現状と各種支援策の効果に関する調査研究委員会：パーソナル・サポート・モデル事業ケースレポート⑩　釧路市：地域パーソナル・サポート・センター「えにぃ」．生活困窮者・就労困難者の現状と各種支援策の効果に関する調査研究報告書：180-183，2013.
34) 生水裕美：事例報告１　野洲市の生活困窮者自立促進支援モデル事業の取り組みについて．日本年センターブックレットN0.35生活困窮者支援とそのあり方　第15回都市政策研究交流会：74-80，2014.
35) 竹中哲夫：不登校・ひきこもりなど困難を抱える子ども・若者地域支援ネットワークの動向と課題．長期・年長ひきこもりと地域支援ネットワーク．かもがわ出版，pp28-74，2014.
36) 特定非営利活動法人bond project：2013年度事業報告書．2014.
37) 特定非営利活動法人スチューデント・サポート・フェイス：平成24年度事業報告書．2013.
38) 特定非営利活動法人自立生活サポートセンター・もやい：もやい生活相談データ分析報告書簡易版．2014.
39) 湯浅誠：雇用保険でも生活保護でもない第２のセーフティネットと伴走型支援—支援の現場で見えてきたこと．宮本みち子，小杉礼子編：二極化する若者と自立支援—「若者問題」へ

の接近．明石書店，2011.
40) 全国引きこもりＫＨＪ親の会（家族会連合会）：平成25年度セーフティネット支援対策等事業補助金社会福祉推進事業　全国各地の親の会における「ひきこもりピアサポーター」養成研修派遣に関するモデル事業　報告書．2014.

第4章　各論　～多様な領域からの若年者への支援～

3. インターネットを活用した支援とは

和光大学現代人間学部心理教育学科
専任講師　末木　　新

- インターネットを活用した自殺予防に関する取組についてのレビューを，国内外を問わず行った。
- レビューの結果，有望な取組として，援助資源マッチングに関する研究，ピア・サポートに関する研究，専門家による介入に関する研究が見られた。
- インターネットは，自殺の危機に瀕する人の減弱した「助けを求める力」を補い，適切な支援者へとつなげるためのツールとして活用することが望ましい。
- インターネットを介して提供される認知行動療法には，自殺念慮を低減させる力がある可能性がある。
- インターネットを活用した支援は始まったばかりの領域であり，質・量ともに研究が十分に蓄積されているとは言い難い。
- 文献の数が少ないことから，若年者を対象とした取組のみを扱っているわけではない。

Ⅰ. はじめに

若年層の自殺予防を考える際に，インターネットの問題・活用は非常に重要な点である。自殺予防におけるインターネットの活用は，自殺予防総合対策大綱にも含められている。具体的には，インターネットを積極的に活用して正しい知識の普及を推進することやインターネット上の自殺関連情報対策の推進の必要性が当面の重点項目として盛り込まれている。しかしながら，インターネットを活用した自殺予防については，これら以外にも多様な方法が考えられ，一部実践されている。

そこで，ここではインターネットを活用した支援に関する研究のレビューを行った結果を紹介する。レビューの結果は，援助資源マッチングに関する研究，ピア・サポートに関する研究，専門家による介入に関する研究の大きく三つに分けて紹介する。援助資源マッチングに関する研究では，ウェブ上に残されたデータから自殺の危機にさらされた人々を同定し，適切な援助資源につなげる活動に関する動向が紹介される。ピア・サポートに関する研究では，自殺に関するオンライン・コミュニティの効果に関する研究が紹介される。最後に，専門家による介入に関する研究では，Eセラピーや自殺予防教育に関するウェブサイトの効果が紹介される。

Ⅱ. 援助資源マッチング

1. 援助資源マッチング研究の概要

援助資源マッチングとは，何らかの問題を抱えた人の持つ潜在的な援助ニーズと専門的支援との間をうめ，支援を必要としている人に必要な支援が届く環境を構築することである。支援を必要としている人，つまり，自殺の危険の高まっている人は「死にたい」という気持ちと「生きたい」という気持ちの間で揺れている状態にあり[16]，自発的に支援を求めることが難しくなっている。しかし，彼ら／彼女らは「死にたい」という気持ちの裏側によりよく生きたいという思いを有している。そのため，インターネットを活用し，よりよく生きるために専門的支援を適切に活用できるような環境を準備することが望ましい。国内においていくつかの活動事例が見られるが，効果の検証は十分なされていない。

2. 検索エンジンの利用データと自殺の関係

インターネットを活用した援助資源マッチングに関する代表的な研究は，検索エンジンの利用データから，自殺ハイリスク者を見つけ出すというものである。この種の研究においては，自殺ハイリスク者が「死にたい」「自殺したい」「自殺方法」といった自殺に関する検索語をウェブ検索で検索することが明らかになれば，検索に対して広告を出し，援助資源へとつなげることが可能になるということが想定されている。検索エンジンの利用履歴から自殺を含めた何らかの問題の有無や広がりを明らかにする研究は，情報疫学（infodemiology）という領域として，様々な問題を対象に発展してきている。

これまでの研究により自殺関連語の検索行動と自殺の間には関係があることが明らかになっている。自殺関連語の検索量と自殺率との時系列的関連や地域的関連を検討した研究が最も多いタイプの研究である[6) 8) 15) 17) 25)]。自殺関連語の検索と自殺の危険性の関係はインターネット利用者への質問紙調査によって明らかにされている。自殺関連語の検索をしたことがある者はそうでない者に比べ，自殺関連行動をしたことがある割合が有意に高い[18]。また，何件かの既遂自殺では，自殺の直前に自殺方法をインターネットで検索したことが確認されたという報告もある[7]。上記した多くの研究が示すように，自殺関連語のウェブ検索と自殺の生起との間には明確な関連が存在する。

3. 検索エンジンを活用した自殺予防活動の具体例

自殺関連語のウェブ検索を行う者は自殺の危険が高いため，その検索に対して広告を出すことにより必要な援助資源へと検索者がアクセスする可能性は高まる。例えば，「死にたい」や「自殺したい」といった自殺関連語をYahoo!JAPANの検索エンジンで検索すると，自殺予防総合対策センターが作成している「いきる・ささえる相談窓口（都道府県・政令指定都市別の相談窓口一覧）」へのリンクが検索結果の目立つ位置に表示されるといった試みが2000年代から実践されている。

自殺関連語のウェブ検索への広告を活用して，自殺の危険の高い者を適切な援助資源へとつなげる活動の代表例としては，NPO法人OVAの実施する夜回り2.0という活動が挙げられる。夜回り2.0では，ウェブ検索に対してメール相談を受け付ける旨の広告を提示し，メールでの相談を介して，対面での援助資源（例：精神科受診）につなげるという試みがなされている。この活

動の2013年度の活動記録では[24]，相談者の平均年齢は23.8歳でその約8割が女性であること，相談者獲得単価は約133円であること，相談者の約7割に自殺念慮が見られること，メール相談の結果10.8%に肯定的な気分の変化（自殺企図の延期等を含む）が見られ10.1%の者が実際に援助希求行動を起こしたことが示されている。つまり，この活動では比較的低い経済的コストで若年層女性からの相談を中心にメールを集めることが可能であり，一定の利用者に対して自殺予防的な変化を起こすことが可能であると考えられる。

以上のように日本においても援助資源マッチングによる自殺予防活動は実施されているが，活動の効果については十分な自殺予防に関するエビデンスがあるとは言い難い。今後の活動の発展・洗練およびエビデンスの蓄積が望まれる。

4．その他の援助資源マッチング研究

ここまで援助資源マッチング研究の代表として検索エンジンを活用したものを挙げてきたが，その他の方法でも援助資源マッチングは実行可能である。その他の方法の代表例は，Social Networking Serviceの活用である。Facebookでは，一部の国において，利用者が自殺念慮等の示唆する書き込みをした際に，専門家にそれを通知する機能が備えられている。また，Twitterの利用データから自殺ハイリスク者を割り出すための試みはいくらかの蓄積があり，Twitterで自殺関連のつぶやきをすることと自殺との関連が示唆されている[11) 19)]。こうした研究を受け，Twitterでフォロワーが自殺リスクを示すつぶやきをすると，その人をフォローしている者の個人メールアドレスに連絡がいくアプリも開発されている。Twitterは検索エンジンとは異なり，広告を出すだけではなく，ダイレクトにメッセージをやりとりすることが可能である。広告を出して相談が来るのを待つだけではなく，支援者がより支援を必要とする者に積極的にアウトリーチすることを可能にしているという点で，従来のサービスとは異なる仕組みを作ることも可能だと考えられる。

Ⅲ．ピア・サポート

1．ピア・サポート研究の概要

ピア・サポートは自殺予防において非常に重要な位置を占める。ピア・サポートは自殺の危険性を高める要素の一つである孤独感を低減する可能性を持っているからである。ピア・サポートによる自殺予防活動の代表例は，電話を利用した危機介入（例：いのちの電話）であり，この活動はメディアとの親和性が高い。インターネットの普及により，自殺の危険性の高い者同士が直接メッセージのやり取りをするという新たなタイプのピア・サポートも生まれた。残念ながら，このような活動の影響は自殺予防的なものであるとは言い難い。

2．自殺サイト研究

インターネット上で行われるピア・サポートに関する研究の代表例は，いわゆる自殺サイトと言われる一群のウェブサイト内で行われる活動やその影響に関する研究である。いわゆる自殺サイト上では，電子掲示板などを用いて効果的な自殺方法に関する情報伝達が実施されると同時に，自殺の危険が高まった者同士でのメンタルヘルス等に関する相談が行われてきた[20)]。自殺サイ

トは，2000年代前半頃から生じたネット心中の現場として注目を浴びたが，自殺方法の伝達のみならず，ピア・サポートの場としても機能するという相反する二つの機能を有している。多くの専門家が，自殺サイトの持つ両価的な機能を指摘している。なお，自殺サイトに関する研究や専門家の指摘については，「インターネットは自殺を防げるか？」[23] に詳細なレビューが載せられているので，そちらを参照されたい。

自殺サイト利用の影響を検討した最も信頼できる研究は，自殺サイトの利用が自殺予防的な影響を持たず，自殺誘発的な影響を有することを示唆している[21]。より具体的には，死にたい気持ちを匿名の他者に対して打ち明けることや自殺方法を閲覧することが自殺念慮の悪化につながっていること，匿名の他者にメンタルヘルスの相談をすることが，抑うつ・不安感の悪化につながっていることが示されている。インターネット上で簡単に触れ合うことができる匿名他者に自殺念慮を打ち明け相談をすることは，多くの場合，死にたい気持ちを低くするどころか逆に強める結果となってしまうということである。これらの結果がなぜ生じるかという原因に関する厳密な検討は存在しない。インターネットを介して行われる匿名の，非専門家間で行われる相談活動においては，必ずしも自殺の危険が迫った者に対して適切な対応がとられないことがその一因であると推測される。

3．訓練されたボランティアを活用したピア・サポート

電話での危機介入を拡張し，訓練されたボランティアを活用したメール・チャット・電子掲示板等での相談活動に関する事例は世界中に存在する[1) 4)]。こうした活動の効果を量的に検討した研究はないが，質的に検討した研究は存在する。この研究では，電子掲示板を用いた相談の場を生成し，訓練を受けたボランティアが24時間体制で監視する状態で相互相談活動を促したところ，やり取りには共感的なコメントやアドバイスが多く見られ，ヘルパー・セラピー効果（※相談の受け手が心理的回復を見せること）が見出されたと結論づけられている[5)]。

ピア・サポートによる孤独感の低減は自殺予防における重要な活動であるが，これをインターネット上で実施し，適切な管理がなされていない場合には，自殺誘発的な影響を有する可能性がある。こうした活動を行う場合には，しっかりとした専門的知識，一定の訓練を受けたボランティアの参画が必要である。

4．自死遺族を対象としたピア・サポート

自殺によって遺された者へのインターネットを活用したピア･サポートも多数展開されている。自死遺族による対面式の自助グループ活動は国内でも多数行われているが，こうした活動はオンラインに移行しても満足度・有効性は変わらないという指摘がある[3) 9)]。こうしたオンライン・コミュニティは，対面式と同様，自らの経験を語るための場として機能しており，自死遺族の自殺の危険性を下げる効果を有することが予想される。しかし，こうしたオンライン・サービスが悲嘆過程に与える影響に関する量的研究は実施されていない。

Ⅳ. 専門家による介入

1．専門家による介入の概要

専門家によるサービスや知識の提供をオンライン化したものは多い。自殺予防に関するものを挙げると，大きく，心理療法の一つである認知行動療法をインターネットを介して提供するEセラピーと，主に専門家や支援者を対象とした自殺予防に関する教育サービス，一般向けウェブサイトの三つに分けることができる。Eセラピーと自殺予防に関する教育については，その効果に関する一定のエビデンスが蓄積されている。Eセラピーには自殺念慮を低減するものと，自殺の背景にあるうつ病の治療を行うものがある。自殺予防に関する教育は直接的に自殺予防に寄与するものではないが，支援者やゲートキーパーを養成することを通じて自殺予防に寄与するという間接的効果が期待できる。

2．Eセラピー

Eセラピーは自殺予防に一定の効果があると考えられる。Eセラピーの一つには，自殺念慮を減らすためのiCBT（internet Coginitive Behavioral Therapy）がある。iCBTが自殺念慮の低減に寄与したとする報告は4件ある[2) 26) 27) 28)]。この中で自殺予防に特化したiCBTのランダム化比較試験は1件のみであり[27)]，この研究は統制群に比べて自殺念慮を減少させる効果があることを示している。ただし，自殺念慮の減少に対する効果量のサイズはいずれも小さい。また，これらの研究の従属変数が既遂自殺や自殺企図ではない点は限界点である。しかし，他の対策に比較すると研究デザインやエビデンスの質は高い。

また，自殺の危険因子であるうつ病に対するiCBTにはより頑健な効果が認められている。軽度から中等度のうつ病に対するiCBTは，英国国立医療技術評価機構におけるうつ病への治療ガイドラインにも組み込まれている（Nice Clinical guideline, 2009）。うつ病へのiCBTは低コストで効果の認められた心理療法を提供することを通じて，自殺予防に寄与する可能性がある。

3．自殺予防に関する教育

自殺ハイリスク者が多数含まれるコミュニティ内でハイリスク者を早期に同定し，援助資源へとつなぐ「ゲートキーパー」の養成は，効果的な自殺予防戦略の一つである[14)]。ゲートキーパー教育の方法は確立され，効果も検証されている[10)]。一般にこうしたプログラムを受けると，自殺･自殺予防に関する知識が増加し，危機介入に関する自己効力感が増加する。ゲート―キーパー教育プログラムの中には既にオンライン化され，教育効果が検証されているものもある[13)]。オンライン化されたゲートキーパー教育プログラムを自殺ハイリスク者が多数存在するウェブ・コミュニティ内で利用可能にすることによって，自殺予防効果が創出されることが期待される。

4．一般向け情報提供ウェブサイト

自殺予防を目的とし一般向けに作成されたウェブサイトについても，一部その運用状況及び効果が検証されている。ここで紹介するウェブサイトは，既に紹介したEセラピーや自殺予防教育とは異なり，目的限定的（例：治療・教育）に作成されていない点が異なる。自殺予防を目的として作成されたウェブサイトの閲覧者への質問紙調査によると（末木, 2010），ネット心中相手や効果的な自殺方法を探している最中に自殺予防サイトに立ち寄り閲覧をする者が少なからずい

ることが示唆されている。また，自殺に関する客観的な情報を得ることが自殺に関する理解感を増加させることを通じて自殺念慮を低減させる可能性があることが示唆されている。

自殺方法への認知的・物理的アクセスを防ぐことは自殺を予防することにつながる。インターネット上の自殺方法関連情報へのアクセスを減少させる方法はいくつかあるが，自殺関連のウェブサイトの内容を管理人に働きかけることで変更していくことは難しい[12)]。また，自殺方法関連情報を含むサイトを規制することにも限界がある。新規に自殺予防的な情報を含むウェブサイトを増やしていくことが重要である。

Ⅴ. 結語

1．まとめ

ここまで総覧した支援について，自殺の危険因子・保護因子との関連を一覧にすると，以下のようになる（表1）。各サービスの特性と支援をする対象の特性を考慮した上で，支援に関わる者が展開すべき支援を考えることができれば幸いである。

表１　インターネットを用いた支援と自殺の危険・保護因子との関連

対策		自殺予防効果（危険因子・保護因子との関係）
援助資源 マッチング		援助希求力の補填
ピア・サポート		孤独感の減少 ※ただし，適切な管理・運営がなされる場合に限る
専門家 による介入	Eセラピー	自殺念慮の減少　うつ病の治療
	自殺予防に関する教育	**（直接効果なし）　支援者の知識・自己効力感の増加**
	一般向けウェブサイト	自殺念慮の減少， 自殺方法関連情報へのアクセスの減少

2．レビューの問題点

本稿ではインターネットを活用した自殺予防のための支援についてのレビューを行ったが，二つの問題を有している。第一に，ここで取り上げた研究の多くは，必ずしも若年者を対象としたものではない。インターネットを活用した支援は始まったばかりの領域であり，質・量ともに研究が十分に蓄積されているとは言い難い。そのため，若年層のみに対象を絞らずにレビューを実施した。第二に，本レビューで取り上げた各支援のエビデンスレベルは必ずしも高くない。一般的に十分なエビデンスが確立されている支援・介入と言う場合には，ランダム化比較試験による研究，あるいはそうした研究を積み上げた上での系統的レビュー・メタ分析が必要とされる。しかしながら，本レビューと取り上げた研究にこうしたものはほとんど存在しない。その理由は，第一の問題点の理由と同様のものである。

３．今後の展望

インターネット上の新しいサービスの影響を検討することは可能かつ重要なことであるが，サービスや技術の刷新のスピードに研究のスピードは追いつくことができない。そのため，あるサービスや技術の影響の検討が終わる頃には，そのようなサービス・技術を誰も活用していないということが生じる。インターネットを活用した支援やインターネットの影響の検討については，そのようなことが生じやすい領域である。例えば，昨今利用率の上がっている無料通話・メールアプリ LINE（ライン）については，若年者の利用に対する多くの懸念が表明されているが，LINE（ライン）の影響を検証し終える頃には，次のサービスに流行は移り変わっていると予想される。

そのため，特定のサービスや技術の影響を検討するのみならず，新しいサービスや技術から悪影響を受けやすい人がどのような人なのか，そのような人をどうすれば自殺の危険から遠ざけることができるのか，という点を検討していく必要がある。新しい通信技術やサービスは我々の生活をより良いものにすることを目的に作られるが，時として悪い影響を及ぼすこともある。その悪い影響を受けやすい特性を持った人々がどのような人なのかを検討することができれば，次の世代の技術・サービスが開発された際に，そこからいち早く自殺対策を策定することが可能になるはずである。

引用文献

1）Barak A: Emotional support and suicide prevention through the Internet: A field project study. Computers in Human Behavior 23: 971-984, 2007.

2）Christensen H, Farrer L, Batterham PJ, Mackinnon A, Griffiths KM, Donker T: The effect of a web-based depression intervention on suicide ideation: secondary outcome from a randomised controlled trial in a helpline. BMJ open 3: e002886, 2013.

3）Feigelman W, Gorman BS, Beal KC, Jordan JR: Internet support groups for suicide survivors: A new mode for gaining bereavement assistance. Journal of Death and Dying 57: 217-243, 2008.

4）Gilat I, Shahar G: Suicide prevention by online support groups: An action theory-based model of emotional first aid. Archives of Suicide Research 13: 52-63, 2009.

5）Greidanus E, Everall RD: Helper therapy in an online suicide prevention community. British Journal of Guidance & Counselling 38: 191-204, 2010.

6）Gunn III JF, Lester D: Using google searches on the internet to monitor suicidal behavior. Journal of Affective Disorders 148: 411-412, 2013.

7）Gunnell D, Bennewith O, Kapur N, Simkin S, Cooper J, Hawton K: The use of the Internet by people who die by suicide in England: A cross sectional study. Journal of Affective Disorders 141: 480-483, 2012.

8）Hagihara A, Miyazaki S, Abe T: Internet suicide searches and the incidence of suicide in young people in Japan. European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience 262: 39-46, 2012.

9) Hollander EM: Cyber-community in the valley of the shadow of death. Journal of Trauma and Loss 6: 135-146, 2001.
10) Isaac M, Elias B, Katz LY, Belik SL, Deane FP, Enns MW, Sareen J: Gatekeeper training as a preventative intervention for suicide: a systematic review. Canadian Journal of Psychiatry 54: 260-268, 2009.
11) Jashinsky J, Burton SH, Hanson CL, West J, Giraud-Carrier C, Barnes MD, Argyle T: Tracking suicide risk factors through Twitter in the US. Crisis 35: 51-59, 2014.
12) Jorm AF, Fischer JA, Oh E: Effect of feedback on the quality of suicide prevention websites: randomised controlled trial. The British Journal of Psychiatry 197: 73-74, 2010.
13) Lancaster PG, Moore JT, Putter SE, Chen PY, Cigularov KP, Baker A, Quinnett P: Feasibility of a web-based gatekeeper training: Implications for suicide prevention. Suicide and Life-Threatening Behavior (in press).
14) Mann JJ, Apter A, Bertolote J, Beautrais A, Currier D, Haas A, Hegerl U, Lonnqvist J, Malone K, Marusic A, Mehlum L, Patton G, Phillips M, Rutz W, Rihmer Z, Schmidtke A, Shaffer D, Silverman M, Takahashi Y, Varnik A, Wasserman D, Yip P, Hendin H : Suicide prevention strategies: a systematic review. Journal of the American Medical Association 294: 2064-2074, 2005.
15) McCarthy MJ: Internet monitoring of suicide risk in the population. Journal of Affective Disorders 122: 277-279, 2010.
16) Shneidman ES: Suicide as psychache: A clinical approach to self-destructive behavior. Aronson, New York, 1993.
17) Sueki H: Does the volume of Internet searches using suicide-related search terms influence the suicide death rate? : Data from 2004 to 2009 in Japan. Psychiatry and Clinical Neurosciences 65: 392-394, 2011.
18) Sueki H: Association between deliberate self-harm-related Internet searches and the mental states and lifetime suicidal behaviors of Japanese young adults. Psychiatry and Clinical Neurosciences 66: 451-453, 2012.
19) Sueki H: The association of suicide-related Twitter use with suicidal behaviour: A cross-sectional study of young Internet users in Japan. Journal of Affective Disorders 170: 155-160, 2015.
20) Sueki H, Eichenberg C: Suicide bulletin board systems comparison between Japan and Germany. Death Studies 36: 565-580, 2012.
21) Sueki H, Yonemoto N, Takeshima T, Inagaki M: The impact of suicidality-related internet use: A prospective large cohort study with young and middle-aged internet users. PloS ONE 9: e94841, 2014.
22) 末木 新：自殺予防情報提供サイトの利用状況とその効果．　臨床心理学10：76–82，2010.
23) 末木 新：インターネットは自殺を防げるか―ウェブ・コミュニティの臨床心理学とその実践―．東京大学出版会，2013.
24) 末木 新，伊藤次郎：検索連動型広告を活用したオンライン・ゲートキーパー活動による自殺

予防の実践―予備的研究―．日本心理学会第78回大会発表論文集 308，2014.
25) Yang AC, Tsai SJ, Huang NE, Peng CK: Association of Internet search trends with suicide death in Taipei City, Taiwan, 2004–2009. Journal of Affective Disorders 132: 179-184. 2011.
26) van Spijker BA, Majo MC, Smit F, van Straten A, Kerkhof AJ: Reducing suicidal ideation: cost-effectiveness analysis of a randomized controlled trial of unguided web-based self-help. Journal of medical Internet research 14: e141, 2012.
27) van Spijker BA, van Straten A, Kerkhof AJ: Effectiveness of online self-help for suicidal thoughts: Results of a randomised controlled trial. PloS one 9: e90118, 2014.
28) Watts S, Newby JM, Mewton L, Andrews G: A clinical audit of changes in suicide ideas with internet treatment for depression. BMJ open 2: e001558, 2012.

第5章　若年者の「自殺予防」に向けての提言

危機介入班によるレビューのまとめ

本ワーキンググループの危機介入班では，若年者の自殺に関する精神医学的な研究のレビューを行った。レビューにおいては，自殺既遂者の遺族を情報源とする研究手法である心理学的剖検研究，自殺企図者に関する横断的な情報収集による研究，自殺未遂者の追跡研究といった研究手法ごとに先行知見を整理した。その結果，研究手法の違いを超えて，若年者における自殺の危険因子として共通する2つの知見が明らかにされた。1つは，成人の場合と同様，若年者においても，気分障害や境界性パーソナリティ障害，統合失調症，発達障害などの精神障害への罹患が，若年者の自殺行動に影響を与えているということであった。そしてもう1つは，若年者の家族が抱える，虐待やコミュニケーション不全といった心理社会的問題や，自殺行動や精神障害などのメンタルヘルスの問題もまた，若年者の自殺に無視できない影響を与えていることであった。

前者の知見についていえば，若年者の自殺に関連する精神障害は，性差や自殺手段として用いる方法の致死性，あるいは自殺行動へと至る経過によって2つのグループに整理することができると考えられた。**第１に，気分障害と境界性パーソナリティ障害である。具体的には，女性に多く，過量服薬などの比較的致死性の低い手段による自殺関連行動を繰り返し，自殺へと向けて「慢性的」な経過をたどる一群である。この一群には，自殺念慮の訴えや自傷・自殺行動を繰り返す若年者に対し，周囲が自らの陰性感情を制御しつつ粘り強く支援できる体制の構築が必要である。第２に，統合失調症と発達障害である。具体的には，男性に多く，高所からの飛び降りや縊首といった致死性の高い手段による自殺行動を選択する選択する傾向があり，周囲の者からするとこうした自殺行動が「突発的」と感じられる一群である。この一群には，学校や家庭という場における，精神障害による「生きづらさ」の理解を高めるとともに，早期から支援できる体制の整備が必要である。**

さて，自殺リスクの高い若年者の家族に関する知見からは，「自殺リスクの高い子どもの背景には，自殺リスクの高い大人がいる」[3] という認識が示されており，メンタルヘルスの問題をかかえる養育者（そのなかでも自殺企図歴を持つ母親）の支援が重要である可能性が示唆された。というのも，**養育者がメンタルヘルスの問題をかかえている場合，家庭は幼児期から十分な保護的機能を発揮することができない場合が少なくないからである。その結果，学校における子どもの不適応やいじめ被害に対して適切な対応ができないだけでなく，養育放棄や虐待などの問題も発生しやすい。また若年者自身も，自殺リスクの高い（そして，しばしば自殺を示唆する言動を繰り返す）養育者との関係性のなかで，困難な事態への対処としての自殺行動を学習してしまう場合もある。**自殺予防総合対策センターが行った全国の児童相談所を対象としたアンケート調査では，一時保護となった児童のなかには，親自身が自殺行動の既往を持つ者が少なくないことが明らかにされている。また，これらの児童の家庭では，経済生活の困難，ひとり親家庭の割合が高く，メンタルヘルスの問題への対応だけでなく，メンタルヘルスを含めた家族全体への総合的な支援を人生の早期から開始することが望まれる。WHO世界自殺レポートは「幼少期の逆境（例えば，子どもの不当な扱い，家庭内暴力への曝露，親の精神障害）や人生の早い時期に起こりうる他の危険因子（例えば，いじめや非行）は，自殺を含め，後の疾病罹患や死亡につながる（139）。同様に幼少期に得た保護因子（例えば，つながり）は，後の自殺の危険を軽減しうる」と述べて

いる。**若年者の自殺予防に向けて，自殺対策と母子保健，児童福祉，生活困窮者支援などとの連携強化が望まれる。**

予防・啓発・地域づくり班によるレビューのまとめ

予防・啓発・地域づくり班では，精神医学以外の複数の視点から若年者の自殺の背景について展望した上で，現状で行われている若年者の自殺予防対策の取組について，学校･地域･インターネットの３領域をとりあげて整理した。その際，実証科学的な枠組みでのエビデンスや自殺対策と標榜していない取組についても，限界を考慮しつつ，可能な限りとりあげることで，今後の若年者の自殺予防の可能性を検討した。

まず，自殺予防という視点から若年者をみると，社会・文化的な圧力によって自殺の危機に直面する状況が示唆された。**具体的には，学校への不適応の経験がありながら卒業した後の就労困難や経済状況を背景とする失業であって，これらは積極的労働市場政策があれば回避できる可能性があることなどである。**つまり，一般的な環境移行（昼間の居場所を家庭→学校→職場と移すこと）からの逸脱が許されない（と若年者が感じている）状況が自殺死亡率を押し上げていることが想定される。特に男性において，他者との関係形成に困難をかかえるために，親しい人との和やかな関係に留まろうとする傾向が近年強くなっていることが指摘された。**それだけに，親しい人たちとの関係性が失われると感じることは自殺のリスク要因となるだけでなく，この関係形成困難の背景にある個人のコミュニケーション能力の低さが，自殺予防介入の効果を引き下げる可能性が示唆された。**

先行研究では，このような社会文化的背景のもとに，親との関係，友人との関係，進学や就職に関わるライフイベントなどが自殺に影響する可能性が示唆されているが，実はこれらの個々の要素は自殺行動の予測という点では必ずしも精度が高いとはいえない。そこで，今回のレビューでは，若年者の自殺リスクを評価するにあたっては，Van Orden ら[4)]が提唱する自殺の対人関係理論を導入し，「所属感の減弱」，「負担感の知覚」，「自殺の潜在能力」，「絶望感」という４つの要素から捉える必要があることが提案された。

一方，学校や地域で取り組まれている若年者への自殺予防対策の状況は，まだ黎明期といってよいようである。いずれも従来の活動に，どのように自殺予防の機能を重ねていくのかが課題といえる。すでに学校の場合は，文部科学省から３つの自殺予防のための手引きが出揃い，今後地域の自殺予防の拠点となるとともに，若年者の現在における自殺，さらには将来における自殺を予防するための「教育」を担う責務が明確にされている。また，地域においては，就労支援のための取り組みが，若年者の自殺予防に有用な社会資源となる可能性がある。しかし，先に述べたように，地域，学校と職域が時間軸で縦に並ぶ関係にあるために，学校から地域への移行に際して，若者が「支援の隙間」に落ち込む危険性がついて回る。**その意味では，地域で展開される様々なアウトリーチとインフォーマルな支援の取り組みは，地域，学校と職域が，地域を基盤に併存しているという実態を踏まえて，これらの隙間を埋める機能を果たし，若年者の自殺対策において重要な取り組みとなるだろう。**

さらに，学校や地域での取り組みを補う社会資源として期待されるのが，インターネットによる自殺予防である。今回のレビューからは，いくつかの有望な取り組みが存在することがわかり，

必要な支援や知識をダイレクトに提供できるという長所が確認されたが，その一方で，インターネット上のピア関係による支えあいには自殺の連鎖などのリスクが存在することも示唆された。また次々と技術革新され，同時に新しい使い方が生まれるこの領域においては，対応が後手に回ることが起こりやすい。インターネットによる自殺予防の可能性を確かなものにするためには，既存メディアとインターネットの関係を踏まえて，学校や地域，あるいは家庭でインターネットを使おうとする「人の特性」と自殺の関連を明らかにする研究を同時に進め，インターネットによる自殺予防の取り組みを後押ししていくことが望まれる。

若年者の自殺予防のために必要な支援

今回のレビューでは，若年者の自殺にも成人と同様，さまざまなメンタルヘルスの問題が関与しており，男女によって自殺までのプロセスや自殺の手段，背景にあるメンタルヘルスの問題に違いがあることが明らかにされた。また，若年者の自殺行動の背景には，心理的な苦痛や社会的困難を抱えた家族の存在が無視できないこと，若年者の自殺の背景にも，中高年と同様，雇用などの経済的要因の影響があること，そして，家族や友人との関係性も無視できない影響を与えていることが明らかにされた。さらに，すでに若年者支援の様々な試みを通じて，援助希求能力やストレスへの対処能力を高める自殺予防教育や就労支援活動の意義，インターネットを用いた支援の可能性や，コミュニケーション能力を育む場の必要性も確認された。

以上の結果は，若年者の自殺予防にあたっても，多機関が連携した包括的な対策が必要であることを示している。ここに示すのは一つの提案であるが，今回のレビュー結果を踏まえて考えられる対策の具体例を以下にいくつかあげてみたい。

1．学校における自殺予防教育とハイリスクな若年者に対する早期支援の仕組み作り

教育機関において，自殺予防教育を通じて援助希求能力やストレス対処能力を高めるとともに，学校内に，同級生が「ゲートキーパー」となって，悩みを抱えた友人を教師，養護教諭，スクールカウンセラーにつなげやすい仕組みを作る。その際，生徒･学生たちが主体的に参加する啓発･教育にすると，生徒・学生全体が当事者意識を持てるだけでなく，生徒・学生のなかからピア・サポーターを養成することができるだろう。

2．学校と地域保健機関をつなげる仕組み作り

学校における自殺予防教育が効を奏すれば，援助希求能力が高まった自殺リスクの高い若年者は，これまで以上に教師，養護教諭，スクールカウンセラーのもとを訪れる可能性がある。そのような事態になった場合に，若年者を支える側がつぶれてしまうことがないように，地域保健機関がスーパーバイズできる体制を構築する必要もあろう。地域保健機関がかかわることのメリットは，必要に応じてメンタルヘルス支援へのつなぎをはたせることに加えて，若年者本人のみならず，その家族全体への支援，場合によって「訪問」という形でアウトリーチ的な介入もできるという点にある。これにより，自殺リスクの高い若年者の背後にいる，同様に自殺リスクの高い家族に対する目配りもできるであろう。また，若年者が学校を卒業した後もかかわりつづけることができ，支援の継続性・一貫性が担保されるであろうし，就職後の若年者の自殺予防にも役立つだろう。

3．学校中退者・無職者等のための交流の場を作り，インターネットやアウトリーチでつながる仕組み作り

不登校や学校中退，あるいは学校を卒業した後，無職の状態が続いている者に対しては，教育機関での介入が困難である。そこで，学校における自殺予防教育や啓発活動を通じて養成されたピア・サポーターを中心とした交流の場を作ることが，自殺リスクの高い若年者を孤立から救う可能性がある。

また，インターネットを介した情報発信や支援・介入や，自動車学校における情報発信も，学校を離れている，援助希求性の乏しい若年者にアクセスしやすい方法といえよう。さらには，アウトリーチ型の就労支援活動を通じて，社会に居場所を見つけられずにいる若年者に寄り添い，必要に応じてメンタルヘルス問題に対する専門治療につなげることも可能であろう。

4．背景にあるメンタルヘルス問題を看過せず，適切な治療・援助につなげる仕組み

若年者が無職となっている理由の一つとして，雇用情勢やブラック企業問題といった社会的問題が存在することはいうまでもない。しかし同時に，そうした若年者には何らかのメンタルヘルス問題が存在している可能性もある。

亀山らは，心理学的剖検調査で収集した自殺者の情報をもとに，無職の自殺者を４つの臨床類型に分類しているが，そのなかで無職の若年者に当てはまる自殺者の類型として２つのタイプを提示している[2)]。一つは「自立困難型」であり，人生早期に統合失調症などの重篤な精神障害に罹患して社会的能力に深刻な制限を抱えている一群である。この一群の若年者は，一度も就労経験のないまま，社会から退却した生活を続けたすえに自殺に至っている。もう一つは「自立失敗型」であり，女性に多く，学校時代にはいじめ被害などを経験し，非正規雇用により就労経験があるものの，そこでの適応に失敗し，社会からの撤退をしてしまった一群である。この一群の若年者は精神科治療歴を持つ者が多く，パーソナリティ障害やうつ病などと診断されており，リストカットや過量服薬のような比較的致死性の低い自傷行為を繰り返しながら，最終的に自殺に至る。

この二つの無職の自殺者の類型は今回のレビューで明らかにされた，若年者が自殺に至る二つのパターン，「突発型」と「慢性型」と酷似しているが，亀山らの研究，ならびに今回のレビューからわかるのは，無職の若年者の自殺予防には，雇用政策や就労訓練に加えて，メンタルヘルス問題の評価という視点は欠かすことはできないことである。その意味で，職域と地域保健，さらには精神科医療との連携も重要である。

5．自殺リスクの高い親に早期介入する仕組み作り

今回のレビューで明らかになったのは，自殺リスクの高い若年者の背後には，経済的･心理的･医学的にさまざまな困難を抱えた親の存在であった。そのような親の場合，生活の中で出会う困難に追い詰められるなかで，子どもを虐待するなど不適切な養育をしてしまうこともあるが，こうした体験は子どもの将来における自殺リスクを高める。こうした事態を予防するためには，自殺対策の文脈のなかで教育機関と保健・医療機関とが連携するだけでなく，児童福祉領域や母子保健領域とも連携した仕組み作りが求められる。

いずれにしても，今回のレビューでは，成人の場合とは異なり，若年者の自殺対策に関してはあまりにもエビデンスといえる知見が乏しいという事実が確認された。たとえば，若年者の自殺

に影響する社会文化的影響，ライフイベント，メンタルヘルスの問題が複合した場合の自殺リスクに関する評価の基準はいまだに知られていない。また，海外では若年者の自殺と密接な関連が指摘されながらも，今回のレビューでは，浮かびあがらなかった物質関連障害の問題について，睡眠薬や抗不安薬などの精神科治療薬の乱用や，近年，社会問題化している危険ドラッグとの関係も含めて，改めて厳密な評価が必要であろう。さらに，具体的な支援対策に関しては，家庭→学校→就労という定型の環境移行以外の若年者のあり方，そのコーディネートの有効なあり方とそれを担うための社会の仕組みづくり，学校の役割，関係機関での情報共有のためのツールとルールづくりなどが求められるであろう。

効果的な自殺対策のためには，さらに多くの学術的な研究が推進される必要があること，それは自殺総合対策大綱に述べられているように，社会のニーズを踏まえ，支援と一体となって進められる必要があることを述べて，本レビューの締めくくりとする。

引用文献

1) Hawton K, Rodham K, Evans E: By Their Own Young Hand: Deliberate Self-harm and Suicidal Ideas in Adolescents. Jessica Kingsley Publisher, London, 21-39, 2006.（松本俊彦，河西千秋監訳，K・ホートン，K・ロドハム，E・エヴァンズ著：自傷と自殺―思春期における予防と介入の手引き．金剛出版，東京，2008）

2) 亀山晶子，勝又陽太郎，松本俊彦，赤澤正人，廣川聖子，小高真美，竹島 正：死亡時に無職であった自殺既遂者の類型分類：心理学的剖検による検討．精神医学 54 (8)：791-799，2012.

3) Pfeffer CR: The suicidal child. Guilford, New York, 1986.（高橋祥友訳：死に急ぐ子供たち：小児の自殺の臨床精神医学的研究．中央洋書出版部，1990）

4) Van Orden K, Cukrowicz K, Witte T, Joiner T: Thwarted belongingness and perceived burdensomeness: construct validity and psychometric properties of the interpersonal needs questionnaire. Psychological Assessment 24: 197-215, 2012.

付録1：二つの領域の架橋―若年者の自殺予防マップ

このマップはレビューでとりあげた若年者の自殺予防の情報を一望できるように図にまとめたものである。

実際の事例をこれに沿って考えてみることで，要素の相互の関係が明らかになる。また，報告書で取り上げなかった若年者の自殺予防の活動や必要とされる資源について検討できる。

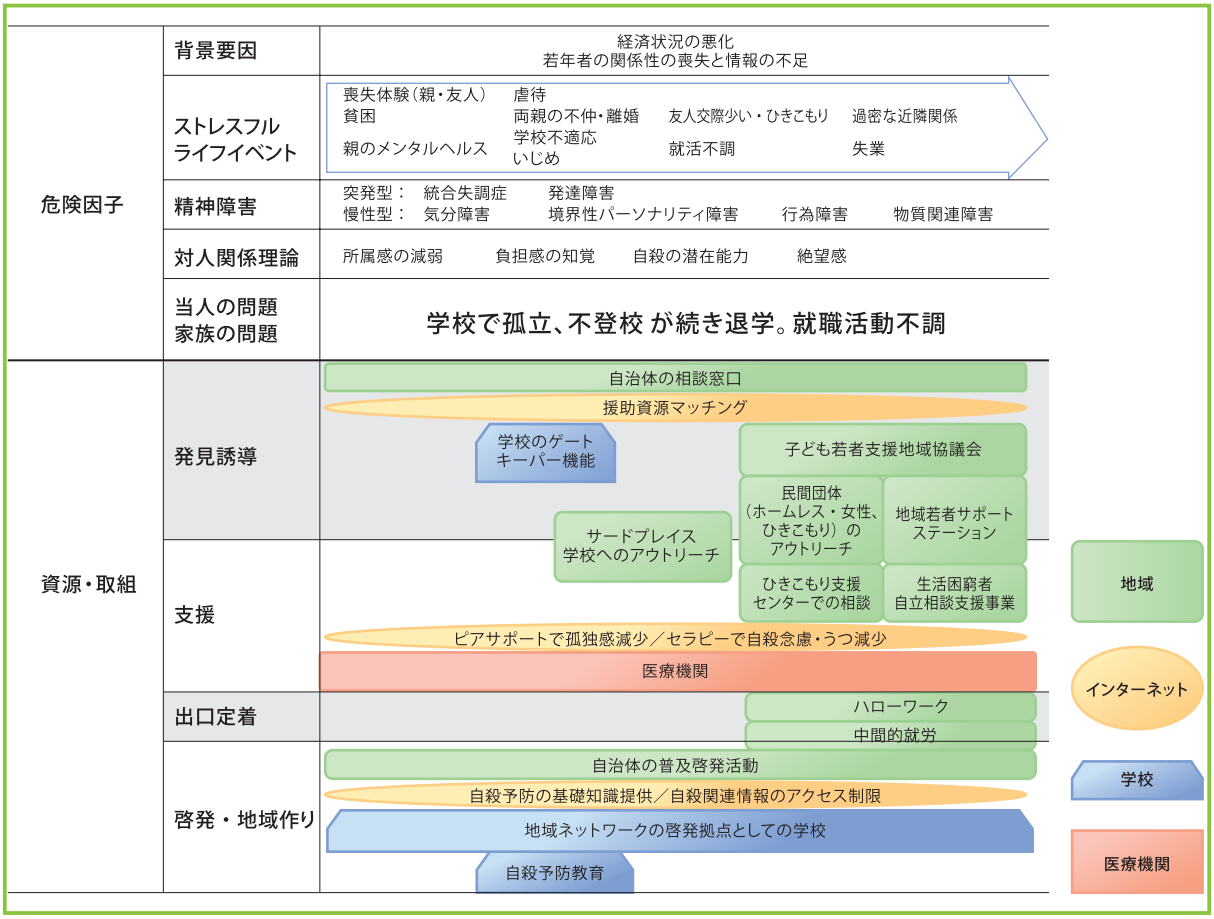


図１　若年者の自殺予防マップ

例：「学校で孤立しがちであり，中学で不登校になる。周囲の支援で高校進学を果たすが，やはり人間関係で失敗し，不登校になり退学。就職活動に取り組むがうまくいかない」

本人の問題を空欄に書き込み，関連する危険因子にチェックを入れる。これらを考慮しながら，活用できる資源や取組を選び，連携が必要なものを線でつないだものが図２である。

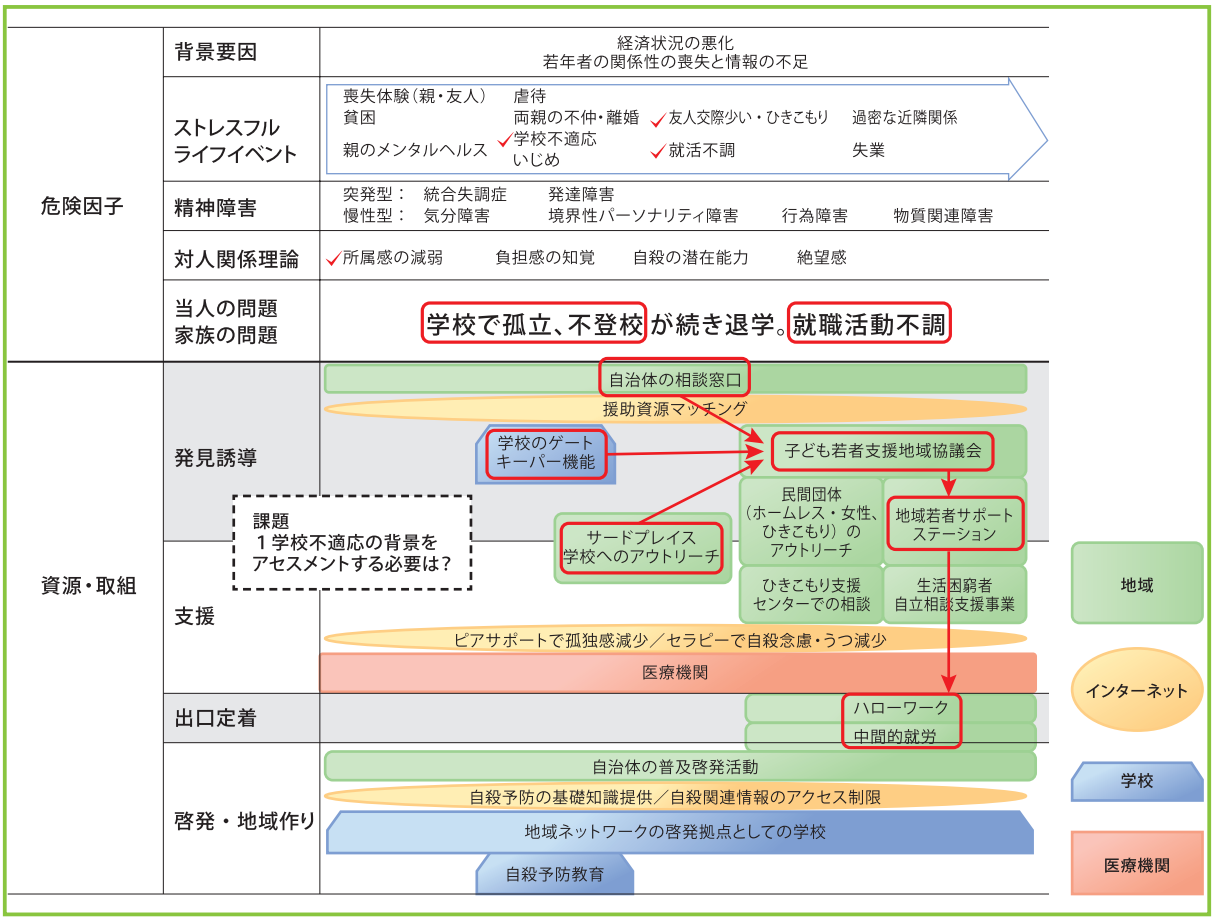


図２　就労に焦点をあてた支援では，メンタルヘルスなどの見立てが不足する

このような困難を抱える若年者の発見誘導では，①学校が持つゲートキーパー機能によって捕捉され，支援につながる，②本人や家族が自ら行政等の相談窓口を訪れることが契機となって支援につながる，③若年者自身やその家族が援助希求行動を不得手で，アウトリーチが行われる場合が考えられる。

若年者へのアウトリーチは，子ども若者地域支援協議会が核となって実施されることが期待されるが，①～③の発見ルートから地域若者サポートステーションに直接つながることもある。その場合には，各機関の連携をコーディネートする機関が必要で，子ども若者地域支援協議会の整備状況によっては，自治体の相談窓口が期待される地域もある。

なお，この流れでは，当人がなぜ学校で孤立し，不登校になったのかについては検討する機会がない。それでは，たとえ就職できたとしても，その若年者は新しい職場での人間関係において再び躓く可能性がある。その見立てと解決方法を本人と一緒に探るためには，この連携の中に専門機関の参加が求められる。

付録2：若年者の自殺対策のあり方に関するワーキンググループ　要綱

目的と期待される成果

わが国の自殺対策における課題として､いまだ具体的な対策が定まっていないように思われる、若年者の自殺対策について、国内外の研究知見や実践事例に関する情報収集と整理を行う。これは、科学的根拠に基づく自殺予防総合対策推進コンソーシアム準備会として、求められる若年者対策のあり方を行政関係者やメディア関係者に提言する際の基礎資料となる。

方法

精神医学、心理学、社会学、就労支援などの諸領域の専門家によって構成されるワーキンググループを設置し、年２～３回の会議、ならびにメールによる情報交換を行うとともに、先行研究および実践経験に関する知見の整理を行い、報告書を作成する。報告書にまとめられた成果は、次年度のコンソーシアム準備会において公表する。

ワーキンググループメンバー（50音順）

1. 危機介入班（医療）

- 代表：松本英夫先生　東海大学医学部専門診療学系精神科学　教授
- 尾崎仁先生　東京都立小児総合医療センター　レジデント
- 齊籐卓弥先生　北海道大学大学院医学研究科　児童思春期精神医学講座　特任教授
- 杉本達哉先生　東京都立松沢病院精神科　医員
- 成重竜一郎先生　日本医科大学付属病院精神医学教室　助教
- 三上克央先生　東海大学医学部専門診療学系精神科学　講師
- 渡辺由香先生　東京都立小児総合医療センター　児童・思春期精神科　医員

事務局：松本俊彦　自殺予防総合対策センター　副センター長

2. 予防・啓発・地域づくり班（教育・社会・地域）

- 代表：高野久美子先生　創価大学教育学部教育学科　教授
- 浅野智彦先生　東京学芸大学人文社会科学系社会科学講座　教授
- 岩室紳也先生　ヘルスプロモーション推進センター　代表
- 勝又陽太郎先生　新潟県立大学人間生活学部子ども学科　講師
- 窪田由紀先生　名古屋大学　大学院教育発達科学研究科　教授
- 末木新先生　和光大学現代人間学部心理教育学科　専任講師
- 鈴木晶子先生　一般社団法人インクルージョンネットよこはま　理事

事務局：川野健治　自殺予防総合対策センター　自殺予防対策支援研究室長

おわりに ー 今後の課題

日本心理臨床学会総合検討委員会自殺対策専門部会/
創価大学教育学部教育学科
教授　**高野　久美子**

このワーキンググループでは精神医学，心理学，社会学，就労支援など多様な領域から科学的根拠に基づく研究や実践の知見が集められ，若年者の自殺対策のあり方について活発に意見が交わされてきた。それは，普段は接点を持つことが少ない領域の専門家同士が集い，それぞれの専門領域の研究や実践経験に関する知見を共有し整理を行う作業であったと同時に，専門性やアプローチは異なるが若年者の自殺予防を考える上で通低するものがあるということが明らかにされる過程でもあったと思う。ここでは，その過程から見えてきた課題を２点述べたい。

まず最初の課題として，支援の繋がり方，枠組みを統合的な視点で捉えなおしていくことを挙げたい。それは，縦に繋がる支援（個人の時間軸に沿った支援，世代をまたぐ支援）と横に広がる支援を統合する視点である。多くの研究や実践において，家族や親子関係のありようや幼少期の体験が自殺の危険因子にも保護因子になり得ることが示唆されている。家族や親が保護因子となるためには，親世代への支援も必要であり世帯支援という捉え方が必要であることも言われている。このように，若年者の自殺予防対策を考える際には，全ての世代を視野に入れた対策が必要であることがわかる。また，家庭を支える地域，地域を支える社会というように横に広がる支援も不可欠であろう。多様な支援がまるで生き物のように相互に繋がり，補完し，また相乗効果を生むような枠組みが必要であることが今回の報告書で改めて示された。

その一方で，社会関係資本が自殺抑止に対して負の効果を持っているという知見も示され，「繋がり」とは何かが問われた。たとえば，自分の過去を知らない人たちの中で新たに仕切りなおしをしたいと思う若者にとって，「忘れられる権利」を持つことは，リスクはあるにせよ，何らかのプラスの意味を持つかもしれない。繋がることの意味を様々な角度や切り口から捉えつつ，多くの領域にまたがる支援を繋ぎ合わせ，有効に機能させるためのシステム作りは今後の大きな課題であろう。

もう一つは，「現場感覚」をどのように研究や実践につなげていくのか，という点である。報告書にもあるように，若年者の自殺予防については科学的根拠に基づく知見の蓄積がまだ不十分であることは否めず，精力的に研究を進めていく必要がある。しかしその一方で，科学的根拠の裏打ちはないものの，臨床現場での日々の実践で感じられる「感触」や「現場感覚」として語られたトピックや意見は示唆に富み，今後の自殺予防対策を考える上での貴重な視点が提供されたと感じる。こうした「感触」や「現場感覚」に通低するのは「人が育っていくこと・育まれていくこと」とは何か，という問いであり，またそれにどう関わるか（関われるか），という問いであるように思う。このように目に見えにくく，科学的根拠が得られにくい，しかし切実な臨床現場での「実感」をどう掬い取り，検証し実践につなげていくかが今後の課題の一つであろう。

若年者の自殺予防は，今，目の前にいる若者の自殺を予防することだけでなく，その若者が10年後20年後にも死なずにいられることを目指している。そのためには，自殺予防に直結しないが結果として自殺予防につながる，長期的な展望をもった働きかけが必要であり，報告書でも学校教育や地域支援での実践が述べられている。これは自殺予防にとどまらず，全ての人々に対

するメンタルヘルス支援であり，ポピュレーションアプローチの取り組みでもある。自殺予防の「専門家」は数少ないかもしれないが，どんな人も（何かの専門職であろうとなかろうと）それぞれが生きている領域の中で，我がこととして向き合うことはできる。そして，その姿勢こそが社会の中で自殺予防に繋がっていく，ということがこの報告書を通して示されたのではないだろうか。

若年者の自殺対策のあり方に関する報告書

発行日：平成27年3月
発行者：科学的根拠に基づく自殺予防総合対策推進コンソーシアム準備会
若年者の自殺対策のあり方に関するワーキンググループ
発行所：（独）国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所　自殺予防総合対策センター
〒187-8553　東京都小平市小川東町4-1-1
TEL 042-341-2712（内線6300）　FAX 042-346-1884